

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 5.

PSYCHOSES
LIÉES AUX
ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph GUIRONNET

NÉ A LYON, LE 7 JUILLET 1871



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 18

—
1907

PSYCHOSES

LIÉES AUX

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 5.

PSYCHOSES

LIÉES AUX

ACCIDENTS DU TRAVAIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph GUIRONNET

NÉ A LYON, LE 7 JUILLET 1871



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 18

—
1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales.	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PONCET
Clinique des maladies mentales.	JABOULAY
Clinique des maladies des enfants.	FABRE
Clinique des maladies des femmes	ROLLET
Physique médicale	NICOLAS
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET
Chimie organique et Toxicologie	WEILL
Matière médicale et Botanique	POLLOSSON (A.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	X...
Anatomie	HUGOUNENQ
Anatomie générale et Histologie	CAZENEUVE
Physiologie	BEAUVISAGE
Pathologie interne	GUIART
Pathologie et Thérapeutique générales.	TESTUT
Anatomie pathologique.	RENAUT
Médecine opératoire	MORAT
Médecine expérimentale et comparée	ROQUE
Médecine légale	COLLET
Hygiène.	TRIPPIER
Thérapeutique.	POLLOSSON (M.)
Pharmacologie.	ARLOING
	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	J. LÉPINE	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN	
VILLARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, Président ; LANNOIS, Assesseur ;
MM. LESIEUR et J. LÉPINE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

AVANT-PROPOS

La mise en application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail est venue donner un intérêt pratique nouveau à une question fort discutée en pathologie mentale, celle de la folie traumatique, qui peut se résumer en ces termes : un traumatisme peut-il engendrer la folie ?

Les faits acquis à la science et leurs conséquences au point de vue de la responsabilité patronale ont été synthétisés d'une façon remarquable par M. le Docteur Thoinot, agrégé à la Faculté de Paris, dans ses leçons sur « les Accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique ».

Mais si complet que soit un travail, il n'est jamais inutile d'y ajouter des faits nouveaux, ne serait-ce que pour en confirmer les conclusions. Aussi, en juillet 1907, MM. les docteurs Taty et Chaumier, ayant réuni quelques observations de leur pratique, qui se rapportaient à des maladies mentales consécutives à des traumatismes, ont-ils cru pouvoir en faire le sujet d'une communication à la Société des Sciences Médicales de Lyon. Mais comme ils n'avaient donné que les grands traits de ces observations, ils ont bien voulu nous les communiquer pour que nous les exposions en détail en les complétant au point de vue de l'évolution jusqu'à

ce jour et en les rapprochant des travaux précédents dans une étude d'ensemble.

Nous passerons successivement en revue les travaux antérieurs à la loi de 1898 et ceux qui ont été publiés depuis sa promulgation. Nous donnerons ensuite les documents qui nous ont été communiqués et dont nous remercions bien vivement les auteurs. Un chapitre traitera brièvement de l'hystéro-psychasténie et un autre, de la question controversée de la paralysie générale traumatique. Enfin nous avons recueilli quelques documents de jurisprudence ayant trait à notre sujet. Ils feront l'objet d'un dernier chapitre et nous essaierons de tirer de notre étude quelques conclusions pratiques.

M. le professeur Collet a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui dire ici combien nous sommes sensible à l'honneur qu'il nous a fait.

M. le docteur Taty, chef du laboratoire de médecine mentale, nous a guidé et conseillé dans notre travail. Nous lui adressons nos bien vifs remerciements.

A M. le docteur Chaumier, qui nous a donné, au cours de nos études, des témoignages d'intérêt que nous ne pourrons jamais nous rappeler sans émotion, nous exprimons toute notre profonde gratitude.

Enfin, c'est également dans un sentiment de vive reconnaissance que nous tenons à écrire ici les noms de M. l'abbé Garnier, de M^{me} Fillion, de M. et M^{me} Dumas, et que nous les réunissons à ceux de nos maîtres et de nos amis.

CHAPITRE PREMIER

La question des psychoses traumatiques avant la loi de 1898 sur les accidents du travail.

La question des psychoses post-traumatiques n'est pas nouvelle. Le père de la médecine, Hippocrate, avait observé des troubles psychiques consécutifs à des traumatismes crâniens. Arétée de Cappadoce (1), Galien (2) en ont aussi parlé. Si pendant le moyen âge on fait silence sur ce sujet, dès le *xvii^e* siècle, Félix Plater (3) et Willis (4) affirment dans leurs écrits les relations que leur esprit saisit entre le traumatisme et l'aliénation mentale. A l'aurore du *xix^e* siècle Pinel (5), Mathey (6), Dubuisson (7) reconnaissent souvent une cause accidentelle à la folie. Mais le chirurgien Dupuytren est le premier auteur qui ait parlé en termes précis de troubles psychiques après une lésion traumatique. Dans la description que ce grand chirurgien a donnée du délire nerveux, publiée dans un mémoire sur les

(1) *De nervorum revolutione.*

(2) Galenus (editione 1625, Venetiis apud Juntas, vol. 111).

(3) *Observationes in hominis affectibus plerisque corpori et animo functionum lesione* (Basiliæ, 1641).

(4) *Opera omnia* Geneve 1680.

(5) Pinel. *Traité médic. philosoph. sur l'aliénat. ment.*, Paris, 1809.

(6) *Recherches sur les maladies de l'esprit*, 1816.

(7) *Des vésanies ou maladies mentales*, Paris 1816.

fractures du péroné, Régis (1) reconnaît le tableau exact de la psychose traumatique type et celui de la confusion mentale. Les aliénistes ses contemporains niaient ou accueillaient avec scepticisme cette notion étiologique. Ils étaient imbus du dogme de la prédominance des causes morales sur les causes physiques dans la genèse de la folie. « Dans la plupart des cas, écrivait Moreau de Tours (2), il est difficile de séparer de l'effet physique, de l'ébranlement de la lésion d'organes produites par ces causes, l'émotion, le trouble, la perturbation morale instantanée, qui en ont été le résultat non moins immédiat. Les malades, au reste, ne s'y trompent guère : Ce n'est pas le mal que cela m'a fait, disent-ils, mais c'est la peur que j'en ai eue. »

Du reste, bien plus tard, Foville (3), dans son compte rendu du mémoire d'Azam s'est demandé : « Si ces changements de caractère, qui ne sont souvent que passagers, ne peuvent pas s'expliquer par le chagrin, l'inquiétude de l'avenir, l'affaiblissement lié à la convalescence ? » Et il ajoutait à propos de la folie épileptique due à des lésions crâniennes : « Pour cette catégorie de faits, on peut parfois se demander si l'épilepsie n'est pas consécutive à l'impression morale déterminée par l'accident plutôt que symptomatique de la lésion crânienne elle-même. » Voilà, en grande partie, l'explication de la rareté des

(1) *Traité de psychiât.*, 1906.

(2) *Mémoire de l'Académie de Méd.*, t. XVIII, 1854.

(3) *Ann. méd. psychol.*, mai 1881, p. 359.

documents sur ce sujet. Pourtant, Esquirol (1) acceptait l'étiologie traumatique de la folie. 20 aliénés, sur 1.375 de ses malades, devaient leur affection à des coups reçus sur la tête. « Les chutes sur la tête, même dès la première enfance, prédisposent à la folie et en sont quelquefois la cause excitante. Ces chutes ou les coups sur la tête précèdent de plusieurs années l'explosion du délire. » Fodéré, Ellis étaient de son avis. Griesinger (2) a même insisté sur cette notion de l'influence traumatique dans les maladies mentales : « Toutes les plaies de tête graves ont une influence considérable sur le développement de la folie, soit qu'il y ait simplement commotion du cerveau, soit qu'elles s'accompagnent de fractures du crâne, d'épanchement sanguin ou de perte de substance cérébrale, etc. ; dans d'autres cas, au contraire, ce n'est que longtemps après la blessure, un an, deux ans, six ans, quelquefois même dix ans après, que l'on voit éclater la maladie mentale. » Schlager (3), de Vienne, paraît disposé à faire de la folie consécutive au traumatisme une forme particulière. Sur 500 aliénés, il avait compté 49 traumatisés ; ces malades présentaient une grande tendance aux congestions après de minimes ingestions d'alcool, une émotivité exagérée, des hyperesthésies oculaires, etc. Il observa sept fois la paralysie générale. En 1866,

(1) Des maladies mentales, vol. 1, p. 35.

(2) Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart, 1845. Traduct. Doumic, 1865, p. 211

(3) Zeitschrift des Gesellsch. der Wiener. Aerzte, VIII, p. 454.

l'Ecossais Francis Skaë (1) tenta de décrire une folie traumatique; « Mais dit Vallon (2), sous ce nom il a présenté des faits qui pourraient bien n'être que des cas de paralysie générale traumatique. » Deux ans après, Krafft-Ebing (3) distingua trois classes de traumatisés : 1^o ceux dans lesquels la folie est la conséquence directe, unique et immédiate du traumatisme; 2^o ceux dans lesquels la folie ne survient qu'après une période prodromique plus ou moins longue, caractérisée par des modifications de l'humeur, des habitudes, du caractère; 3^o ceux enfin dans lesquels le traumatisme ne crée qu'une prédisposition à la folie, celle-ci n'éclatant que plus tard, sous l'influence d'une cause occasionnelle.

En 1880, Lasègue étudie l'aptitude aux psychoses lointaines créée par le traumatisme : « Un homme, dit-il (4), a été victime d'un traumatisme cérébral grave et il guérit; mais s'ensuit-il qu'il soit maître de l'avenir? nous ne le pensons pas. C'est comme un feu qui couve sous la cendre, c'est comme un volcan qui, pendant nombre d'années, n'a montré ni feu ni fumée; il n'en est pas moins un volcan. Nul médecin instruit, nul homme sensé ne s'étonnera si, à longue échéance, se manifestait le trouble intellectuel chez le blessé du cerveau, l'éruption de la montagne qui a déjà vomi la flamme et la fumée.

(1) Medical Journal, Edimbourg, février 1866.

(2) Thèse, Paris 1882.

(3) Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten, Erlangen, 1868.

(4) Leçon à la Pitié, 1880. In thèse Vallon, 1882.

Si de la butte Montmartre on voyait jaillir flamme et fumée l'étonnement serait justifié ; mais il n'en serait pas de même du Vésuve, fût-il muet depuis mille ans. » On croit guéri un individu qui a fait une chute sur la tête « c'est faux, redit Lasègue, son cerveau a subi une commotion, et ce choc, c'est l'ictus chirurgical primitif, devient un capital qui, pour ne pas donner des revenus pendant les premiers temps n'en portera pas moins intérêts et dividendes que le malade touchera un jour en bloc, soit au bout d'un an, soit plus tard ». Lasègue indiquait ici sa théorie des *cérébraux*, si féconde pour l'étude de la prédisposition aux maladies mentales. Plus tard, en 1881, un élève de Lasègue, inspiré par ses leçons, Azam (1), a tenté une description méthodique des troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux. « Les faits qui s'y rapportent sont très nombreux presque quotidiens, mais ils sont épars dans la chirurgie et la médecine mentale ; de plus, il est permis de se demander s'ils ont été bien observés et surtout bien interprétés... S'il n'est pas une seule relation des milliers de faits de fracture du crâne dans lesquels on ne trouve ces mots : délire, troubles intellectuels, etc., de quel délire et de quels troubles intellectuels veut-on parler ? la plupart du temps il n'est donné aucun détail... Faute d'une analyse suffisante faite au moment opportun, les observations sont insuffisantes, partant inutiles. De cela, il résulte que les relations qui peuvent nous aider dans cette

(1) Archives de médecine, février et mars 1881.

étude sont assez rares et que, pour faire un travail sérieux, j'ai dû faire des recherches sans nombre, interpréter des faits... » Il décrit surtout les modifications psychiques post-traumatiques immédiates, l'amnésie et la confusion mentale. En 1889, Christian (1) traite la question des rapports de l'aliénation avec les traumatismes crâniens. Il s'attache surtout à montrer l'éloignement et la longue durée des suites mentales du traumatisme, et la possibilité d'attribuer à celui-ci une affection cérébrale chronique. « Quelle que soit l'apparente insignifiance des accidents du début, l'expert devra toujours montrer la plus grande réserve pour l'avenir ».

« D'une façon générale, dit-il encore (2), je crois qu'on peut affirmer la possibilité d'étiologie traumatique d'une psychose. Mais je n'oserais aller au delà. Chaque cas particulier demande une étude spéciale, c'est une démonstration qu'il faut recommencer à chaque fois, et il convient de procéder avec une grande rigueur. L'expert doit en effet se rendre compte qu'après l'accident auquel il a échappé, l'individu est rentré dans les conditions de la vie commune ; il a eu, comme si rien ne lui était survenu, sa part de chagrins, de fatigues, de préoccupations. Au médecin, il appartient de démêler la part exacte qui revient à chacun de ces éléments étiologiques, de reconnaître si, à côté de ces causes accidentelles, il n'en existe pas d'autres constitu-

(1) Archives de neurologie, 1889.

(2) Archives de neurol., 1889, p. 206.

tionnelles (hérédité, etc.). C'est toujours une question de diagnostic médical. »

Nous citerons encore Forgues (1) qui a fait ressortir qu'un traumatisme peut, dans un délai plus ou moins long, faire d'un ancien blessé un aliéné, un épileptique, un dément. Legouest (2) avait déjà parlé, comme résultat éloigné des blessures, des atteintes portées aux fonctions de l'encéphale. Plus tard, Duponchel (3) a étudié le rôle des traumatismes « anciens » sur les facultés intellectuelles, et on conçoit l'intérêt de la question en médecine militaire. Enfin Rigal, en 1894, a donné un bon nombre d'observations d'aliénation survenues des années après l'accident.

En 1890, au Congrès de Rouen, Dubuisson (4) disait : « Il me semble établi que le traumatisme peut causer la folie sous ses formes principales ;... l'influence du traumatisme est fréquente et son importance est plus grande que celle des causes morales... Les formes consécutives au traumatisme ne présentent pas de caractères bien nets permettant de les distinguer de celles qui sont dues à une autre cause. » A cette époque, le Dr Talcot (5) présentait, au 42^e Congrès des médecins aliénistes des Etats-Unis, deux malades qui avaient eu, le premier, un accès d'agitation maniaque consécutif à une chute

(1) Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1889.

(2) Traité de chirurgie d'armée, 1872.

(3) Traité de médecine légale militaire.

(4) Compte rendu du Congrès de Rouen 1890, p. 373.

(5) Ann. méd. psychol. 1889, p. 310.

d'un arbre, le second, un accès semblable, après avoir reçu une brique sur la tête. Fisher, en citant douze observations de ce genre, estima que les troubles intellectuels étaient dus à la commotion cérébrale. Après lui, les D^{rs} Hill, Hund, Charming, Twischell, Dewey, Godding, Andrews, etc. apportèrent des faits de folie traumatique, soit immédiate, soit séparée de l'accident par des années entières. En Allemagne, dès 1889, Brosius (1) avait considéré la perte de connaissance consécutive aux traumatismes comme un trouble psychique grave qui permet de prévoir la folie, l'affaiblissement intellectuel, l'épilepsie, etc. En 1896, Ph. Cowen (2) donna plusieurs types de folie traumatique : une manie alcoolique, un accès de stupeur suivi d'excitation maniaque, enfin, un accès de confusion mentale.

Ce court historique montre qu'au moment de la promulgation de la loi de 1898, pour la plupart, sinon la totalité des aliénistes, le traumatisme a une influence certaine sur la production des psychoses, que souvent il paraît en être l'unique facteur. Ces troubles peuvent être immédiats (Dupuytren, Krafft-Ebing, Azam, Talcot, Cowen, etc.) ou tardifs (Esquirol, Griesinger, Krafft-Ebing, Christian, etc.), passagers ou durables. On admet que les psychoses dues aux traumatismes présentent une symptoma-

(1) Psychoses à la suite de lésions mécaniques. — *Der Irrenfreund* 1887. nos 1 et 2.

Types de folie traumatique. — *The Journal of mental science*. Janv 1896.

togie variable, qu'en général les troubles immédiats sont bénins et curables, tandis que les troubles mentaux tardifs sont presque voués à l'incurabilité, et pour résumer l'état de la science à la fin de cette période nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les conclusions de Marie et Viollet dans une communication à la Société médico-psychologique(1), posées, il est vrai, en 1904, mais acquises déjà en 1898.

1° On ne saurait faire entrer dans le cadre nosographique l'entité clinique : folie traumatique. Toutes les formes de troubles psychiques peuvent s'observer consécutivement aux traumatismes crâniens ;

2° Les troubles mentaux suivant immédiatement le traumatisme sont, en général, bénins et curables. Toutefois, on peut observer des cas de démence précoce consécutive aux traumatismes ;

3° Les troubles mentaux tardifs sont, en général, incurables. Mais la cure des accidents immédiats ne saurait en rien faire préjuger de l'éventualité d'accidents tardifs incurables.

(1) Ann. Méd. Psych., 1904, p. 81.

CHAPITRE II

Les travaux postérieurs à la promulgation de la loi

Quand le Parlement eut voté la loi du 9 avril 1898, loi qui réglait les responsabilités patronales en présence des accidents survenus au cours et à l'occasion du travail, et en présence des complications hystéro-traumatiques si nombreuses dans ces accidents, l'attention des médecins fut forcément et violemment attirée de nouveau sur la valeur étiologique et pathogénique à accorder aux traumatismes en matière de troubles nerveux. Les ouvriers, les patrons, les Compagnies d'assurances, les tribunaux leur demandèrent tour à tour de se prononcer sur le degré d'influence du trauma et sur la recevabilité des demandes d'indemnité faites par les traumatisés. Les travaux se succédèrent, on étudia avec attention et curiosité le *Railway-spine* d'Erichsen, la névrose traumatique d'Oppenheim. A notre point de vue particulier, aliénistes et chirurgiens (1), se sont donné la main pour faire la part dans l'étiologie des psychoses, au siège du traumatisme, à l'infection, aux opérations consécutives; on a publié

(1) Régis, Pilez, Léon Picqué, Briand, etc.

des cas (1) précis de troubles psychiques traumatiques; magistrats et médecins (2) ont écrit des études médico-légales des plus intéressantes.

L'année même de la promulgation de la loi, le Congrès des aliénistes et neurologistes d'Angers entendait un rapport de Rayneau (3) sur les troubles psychiques post-opératoires, à la discussion duquel prenaient part Régis, Picqué, Granjux, Gaimès, Joffroy, Monprofit, Ladame, Marie et Vigouroux, et Terrien. En 1899, Fenayrou (4) notait un cas de confusion mentale consécutif à une ligature de l'axillaire, Pilcz (5) étudiait l'influence des intoxications et des auto-infections à la suite des opérations. La même année, sous l'inspiration de Régis, Meyssan (6) ramenait dans sa thèse tous les types de folie traumatique à la confusion mentale. En 1903, Richardson (7) plaçait à côté de la confusion mentale le délire systématisé, Pasturel (8) décrivait un cas de vésanie consécutif à une chute dans un escalier de cave et Christian donnait l'observation détaillée d'un cas de folie traumatique à forme hypochondriaque.

En 1904, Marie et Viollet (9) constataient par

(1) Cas de Vedrani, Vigouroux et Delmas, Pasturel, etc.

(2) Duchauffour, Desouches, Golebiewski, Brouardel, etc.

(3) Rayneau. — Les troubles psychiques post-opératoires. Congrès d'Angers 1898.

(4) Fenayrou. — Archives de neurologie. 1899.

(5) Pilcz. — Ann. Médico-Psych. 1903. vol. 17. p. 265.

(6) Meyssan. — Les psychoses traumatiques. Thèse de Bordeaux 1899.

(7) Richardson. — Folie traumatique. American Journal of Insanity 1903.

(8) Pasturel. — Ann. Méd. Psych, 1904, vol. 19, p. 393.

(9) Marie et Viollet. — Ann. Méd. Psych, 1904, p. 82.

l'examen d'une centaine de cas, que les traumatismes de la partie antérieure du crâne, entraînent plus fréquemment des démences incurables, que ceux de la partie moyenne provoquent plus fréquemment des troubles moteurs (épilepsie avec ou sans délire), que ceux de la partie postérieure entraînent souvent des démences, parfois associées à des troubles visuels. Cette même année, Thoinot (1) publiait ses leçons sur les accidents du travail. Enfin, en 1906, Régis, dans son *Traité de psychiatrie*, faisait une place à part à la confusion mentale lorsqu'elle suit un accident et lui réservait le nom de folie traumatique.

Aux travaux de cette période nous empruntons les quatre observations suivantes qui ont cet avantage de représenter des observations de psychoses consécutives à des traumatismes suivies à peu près complètement dans leur évolution.

OBSERVATION I

Cas de Vigouroux et Delmas (Ann. Méd. Psych., p. 89 et s.).

Fracture des côtes et plaie du crâne. — Un an après fugue, suivie d'hypocondrie. — Internement à l'asile Sainte-Anne. — Etat stationnaire.

L..., âgé de 41 ans. Bien portant jusqu'au 25 avril 1905 ; à cette date, il a été frappé par une pièce de fer, qui a amené une

(1) Thoinot. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, 1904.

(2) Régis. — Traité de Psychiatrie, 1906.

fracture des cinquième et sixième côtes du côté droit et une *plaie du crâne* du côté gauche. A la suite de cet accident, il a été traité pendant un mois à l'hôpital Cochin, puis séjourne un mois à Vincennes, d'où il sort, après consolidation complète des côtes fracturées et après guérison du cuir chevelu.

Néanmoins, il souffre toujours au niveau du sein droit ; il présente de la céphalée tenace et du côté du bras droit une impotence fonctionnelle presque complète. Il actionne la Compagnie d'assurances, obtient le demi-salaire jusqu'au mois d'août et 20 francs par mois depuis cette époque. Il se trouve très mal traité par la Compagnie, croit être roulé par tous les avoués, les avocats, les médecins et continue son procès.

Le samedi 17 mars, après avoir fait lever sa petite fille et l'avoir installée au travail, il part de chez lui, perd conscience de ses actes et, après avoir longtemps marché droit devant lui, reprend connaissance trois jours après, à Etampes. Sa femme, prévenue, va le chercher et le fait entrer à l'asile Sainte-Anne, où le Dr Magnan note la dépression mélancolique, les préoccupations hypochondriaques pour lesquelles il invoque des habitudes alcooliques, niées par le malade. Il ne fait pas mention du traumatisme antérieur.

A son arrivée dans le service, L... a l'aspect d'un homme profondément déprimé. Il est amaigri ; son poids est de 53 kilos, sa taille de 1 m. 62. La pupille droite est plus grande que la gauche. Il y a des troubles de la sensibilité : hypoesthésie du bras gauche, anesthésie pharyngienne. Pas de rétrécissement du champ visuel. La force musculaire du bras gauche est très diminuée, bien que les différents muscles réagissent très bien à l'excitation électrique. Enfin, pour ce même bras, perte de la notion de position. Le pouls est rapide.

Le malade présente à la région fronto-pariétale gauche une cicatrice non adhérente au crâne ; les cals des côtes fracturées ne sont pas perceptibles.

L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal, sauf une légère diminution de l'acide phosphorique ; 2,06 au lieu de 2,60 et un excès de Na Cl ; 31 au lieu de 11 à 12.

Au point de vue mental, *hypochondrie marquée* : il a des os brisés dans le crâne et dans le corps, le poumon gauche est perforé parce qu'il a rendu du sang par l'anús, etc. Les médecins ne savent pas ce qu'il a et ne pourront pas le guérir ; jamais il ne pourra retravailler. Et pourtant la Compagnie d'assurances ne veut pas le payer ; elle a acheté son avocat et son médecin, qui se sont ligüés contre lui.

Il se plaint de céphalées continuelles et de cauchemars. Il sait qu'il a fait une fugue de trois jours et se rappelle très bien les événements qui l'ont précédée ou suivie. Son état est resté stationnaire depuis son entrée.

OBSERVATION II

Cas de Vedrani (Ann. Méd. Psych. 1903, p. 497).

Traumatisme crânien. — Neurasthénie. — Mélancolie suicide. — Accalmie. — Rechute avec idées de négation. — Remission. — Deuxième rechute et mort.

Chez un homme bien équilibré, robuste, sans hérédité, *traumatisme violent du côté gauche de la tête*, suivi de perte de connaissance pendant un quart d'heure, puis installation progressive d'un état neurasthénique allant jusqu'à la *tentative de suicide* (un an après l'accident). Période de trois ans avec *amélioration* progressive. A la suite d'un chagrin, *rechute*, état mélancolique, *idées de négation*, diplopie et bourdonnement à gauche, trémulations épileptoïdes commençant du côté droit ; période d'abolition du goût, de l'odorat. *Remission* et réintégration de la personnalité pendant deux années. *Récidive et mort.*

OBSERVATION III

Cas de Pasturel (Ann. Méd. Psych. 1904, p. 393).

Chute dans un escalier. — Pyélo-néphrite. — Mélancolie. — Idées de suicide. — Mort. — Autopsie.

Marguerite B..., âgée de 53 ans, cuisinière, mariée, entre à

l'asile le 31 octobre 1903. C'est la première fois qu'elle est internée.

Père mort de variole en 1871, mère, de vieillesse en 1903. Jeune fille, elle a eu la fièvre typhoïde, mais sans suites. Mariée à 31 ans ; une fille en 1891, en bonne santé. Pas d'excès alcooliques.

En 1896, B... fit *une chute dans un escalier* de cave, en glissant sur une marche.

Cette chute n'eut pas de suites immédiates, mais cinq ou six mois après, B... commença à se plaindre de douleurs dans les reins ; en même temps ses urines contenaient du pus.

Le médecin appelé diagnostiqua un *abcès du rein gauche* et administra du sirop de morphine.

Comme il ne se produisait pas d'amélioration, une opération fut jugée nécessaire, et c'est dans ce but que B... entra à l'hôpital de Périgueux.

Vu son état misérable, l'opération fut ajournée, et après quelque temps de séjour, elle rentra chez elle, retirée par son mari. Ce dernier remarqua qu'à cette époque la douleur s'était localisée près de la hanche gauche, et qu'il s'était formé à ce niveau une tumeur, grosse comme le poing. Cette tumeur, sous l'influence de cataplasmes émollients, perça, en donnant une grande quantité de matière purulente.

A la suite de cet incident, le rétablissement fut prompt. Depuis lors, B... ressentait de temps en temps des douleurs dans le côté, ses urines contenaient alors du pus, mais tous ces phénomènes étaient intermittents et de courte durée. Elle avait en même temps des envies fréquentes d'uriner, impérieuses même ; mais elle ne souffrait pas à la miction. En juin 1903, les douleurs sont devenues un peu plus fréquentes, mais sans atteindre l'intensité d'autrefois.

Au mois d'août, B... a été en proie à *une crise de folie*, qui s'est manifestée par de l'insomnie, des hallucinations tristes et terribles tout à la fois ; elle se figurait que quelqu'un devait venir, pendant la nuit, assassiner son mari, elle et sa fille. Elle avait une grande anxiété, et il a fallu la veiller toute la nuit. Cet accès

n'a duré que deux jours environ, pour reparaître au mois de septembre, avec les mêmes symptômes, et, en plus, avec des idées de suicide. Au bout d'une semaine, l'agitation a diminué un peu.

Octobre 1903. — Le délire qui, jusqu'alors, avait été intermittent, est devenu continu. Il se traduisait surtout par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, par des troubles cenesthésiques ; elle croyait être morte, elle et sa famille, elle croyait n'avoir plus de tête, quelque chose lui rongea le sein, etc...

Elle était obsédée par des *idées tristes*, des idées de perdition, de damnation, *de suicide*, etc. Elle a essayé à maintes reprises de mettre cette dernière idée à exécution, et résistait même avec violence aux personnes qui voulaient l'en empêcher. C'est ces troubles mentaux qui ont nécessité l'*internement* de B...

A son arrivée à l'asile, on se trouve en présence d'une femme à l'aspect déprimé, mélancolique, qui parle peu et qui ne répond que d'une façon imparfaite aux questions qu'on lui pose. Elle se plaint d'insomnie, elle s' imagine être en butte aux tracasseries du démon, qui la dévore toute la nuit.

Des cousins lui ont fait beaucoup de mal, dit-elle ; ils l'ont fait interner pour tuer son mari et sa fille.

Son facies est blafard, les muqueuses sont décolorées ; on observe de la bouffissure des paupières, du tremblement de la langue et des mains, un léger œdème malléolaire.

Les jours qui suivent, la torpeur intellectuelle et l'apathie du début ne font qu'augmenter ; B... reste la plus grande partie de son temps à la même place. Lorsqu'on l'interroge, elle se contente de dire qu'elle est bien malade. Elle n'est pas agitée, elle dort assez bien. Elle est malpropre ; émission d'urines sales, purulentes et fétides, fréquence de la miction, incontinence. Il n'a pas été possible de mesurer la quantité totale des urines émises dans les vingt-quatre heures.

Leur examen révèle surtout la présence du pus, une petite quantité d'albumine, qu'il est d'ailleurs difficile de bien établir à cause du degré de purulence qui masque la réaction.

Polydipsie, polyphagie. Faiblesse notable des membres inférieurs. L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal ; les

bruits du cœur sont sourds et affaiblis ; le pouls est petit. Rien au foie. Ni température, ni dyspnée. Dans la zone lombaire gauche, au niveau du rein, on aperçoit une petite cicatrice et la région est plus empâtée que du côté droit. Lorsqu'on appuie fortement là-dessus, B... accuse de la douleur. N'ayant pu obtenir aucun renseignement précis sur ce sujet, de la malade elle-même, nous nous sommes adressé au mari.

Notre attention s'est alors portée du côté du rein gauche, et nous avons pensé à l'abcès rénal, diagnostiqué déjà. Nous avons institué un traitement approprié : eaux diurétiques, régime lacté, chaleur, frictions, repos au lit, soins de propreté, etc.

L'état physique et mental s'aggrava. Mort presque subite dans le collapsus, le 8 décembre.

Autopsie. — Poumons, foie, normaux. Cœur en état de dégénérescence graisseuse.

De nombreuses adhérences fixent le rein gauche au péritoine pariétal et à la gouttière vertébrale. Pour le libérer, il a fallu le disséquer point par point.

Il est environné d'une couche cellulo-graisseuse épaissie ; il est aplati ; à la section, on tombe sur une véritable poche purulente. Tout le parenchyme rénal est détruit, il n'existe plus du rein primitif qu'une coque fibreuse. Le bassinet est altéré, rempli de pus. L'urètre correspondant est épaissi, sclérosé, au moins dans sa partie supérieure. Le pus contenu dans le rein gauche est jaune verdâtre ; il contient des staphylocoques, des streptocoques, des colibacilles, des cellules épithéliales et des éléments rénaux désorganisés. Pas d'autre foyer purulent dans la cavité abdominale.

Rein droit indemne, hypertrophié.

Il s'agissait donc de *troubles mélancoliques associés à une pyélonéphrite suppurée*, ancienne de six ans.

Rien n'autorise à penser à une origine tuberculeuse ou calculieuse.

La cause probable est le traumatisme d'un organe peut-être prédisposé par une ancienne fièvre typhoïde.

Il ne paraît pas hasardeux d'établir une relation de cause à

effet entre l'affection rénale et la psychose. Personne n'ignore la folie urémique.

OBSERVATION IV

Cas de Christian (Ann. Méd. Psych., 1904, p. 219).

Traumatisme crânien et luxation de l'épaule. — Confusion mentale. — Internement.

En février 1899, un garde-frein décharge un wagon de bagages laisse échapper une lourde malle et *tombe la tête en avant*. Il se *luxé l'épaule* et se blesse à la tête. Il perd connaissance ; transporté chez lui, il ne reprend ses sens qu'au bout de quelques heures, et aussitôt commence à délirer ; il voit des animaux courir sur son lit, il croit que la maison va s'écrouler, crie au secours, cherche à se sauver ; *délire incohérent*, perte partielle de la mémoire. A son arrivée à Charenton, je constate une *confusion mentale complète* ; le malade répète sans cesse « qu'il était couché sur son lit et qu'il se réveille sur la paille ». Aucun souvenir de l'accident ; la plaie du crâne est presque guérie, ou les os ne sont pas atteints. La chute avait eu lieu treize jours auparavant. Cet état dure plusieurs semaines ; il gâte, ne veut pas manger, on le nourrit à la sonde ; escharres qui se cicatrisent en juin ; pendant tout l'été, état satisfaisant, mais indifférent à tout ; ainsi jusqu'à la fin de l'année. A ce moment, il est transféré à Sainte-Anne, la Compagnie ne voulant plus payer sa pension.

Il fut transféré, quelques jours après, à Ville-Evrard.

Les données acquises jusqu'à présent se trouvent fixées dans l'ouvrage classique de Thoinot (1), qui, dans une série de chapitres des plus intéressants, a

(1) Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. Paris, O. Doin, 1904.

étudié l'amnésie et l'automatisme traumatiques, la confusion mentale traumatique, l'excitation maniaque, les troubles du sommeil, les modifications du caractère et les psychoses traumatiques proprement dites.

Tout en ne se dissimulant pas les difficultés de la question, Thoinot admet l'existence de ces psychoses. « Elles se présentent, dit-il, de deux façons différentes. Tantôt elles se déclarent immédiatement après le traumatisme : ce sont les *psychoses primitives*. Tantôt elles ne se montrent que dans un délai variable, après le traumatisme : ce sont les *psychoses secondaires* », qui pourraient éclater, disent les auteurs, entre un et cinq ans après l'accident.

Thoinot se défie des psychoses éclatant entre dix, vingt et trente ans après un traumatisme. Il n'admet le rapport de cause à effet que si des phénomènes cérébraux se sont établis après l'accident et ont persévéré jusqu'à l'éclosion des phénomènes d'aliénation, remplissant ainsi la période intercalaire entre le traumatisme et la psychose.

Les formes que revêtent de préférence les psychoses traumatiques sont : la dégénérescence mentale, la paralysie générale, et pour les vésanies, le délire de persécution, la mélancolie et la démence d'emblée sous forme précoce ou tardive.

Théoriquement, Thoinot admet donc l'influence du traumatisme sur le développement et la genèse des psychoses. En pratique, il donne à l'expert le conseil d'appliquer ici les règles générales en matière d'affections médicales et de préciser s'il existe,

en fait, un rapport certain de cause à effet entre le traumatisme et l'état pathologique actuel, si ce rapport est direct ou indirect, vraisemblable, probable ou inadmissible.

CHAPITRE III

Trois observations de psychoses consécutives à des accidents du travail. — Rapports et jugements.

Les cas décrits dans les observations inédites que nous allons donner maintenant rentrent dans le cadre des affections regardées par Thoinot et les auteurs comme possibles à la suite d'un traumatisme. Les trois psychoses se sont développées après une phase de dépression psychasthénique. La première est un cas de confusion mentale avec accès anxieux, la deuxième est une variété de délire de persécution, et la troisième est un cas de mélancolie suicide.

A ce point de vue, nos observations ne contiennent pas de faits nouveaux. Nous espérons néanmoins qu'on les lira avec quelque intérêt parce qu'elles viennent nettement à l'appui des idées actuellement admises, parce que l'évolution du trouble mental y est suivie complètement et enfin qu'elles présentent quelques particularités au point de vue pratique, thérapeutique et jurisprudentiel.

Voici ces trois observations :

OBSERVATION V

Communiquée par M. le Dr Chaumier.

Traumatisme de l'œil. — Mélancolie anxieuse consécutive. — Internement. — Guérison. — Rapport et jugement. — Responsabilité patronale pendant la maladie. — Incapacité partielle pour la lésion oculaire. — Pas d'incapacité pour l'état psychique postérieur au jugement.

Joch, mineur, 43 ans, marié.

Antécédents héréditaires. — Pas de maladies nerveuses ni mentales chez les ascendants. Père voiturier, buveur, mort à 77 ans, de pneumonie. Mère de bonne santé habituelle, morte de congestion pulmonaire, à 78 ans.

Neuf frères et sœurs, dont cinq vivants et bien portants. Deux morts en bas âge. Une sœur morte en couche. Un frère mort de néphrite, il y a quatre ans, buveur. Le malade est le huitième. Quand il a été conçu, son père avait 45 ans et sa mère 36.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, sauf quelques accès paludéens, pendant son service militaire, qu'il a fait en Afrique. Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis. Lipôme frontal incomplètement enlevé par une opération antérieure.

Cet homme était d'un caractère sombre et renfermé. Il était très émotif et ne fréquentait pas ses camarades. Il est marié depuis treize ans, et a un enfant âgé de douze ans, bien portant.

Ouvrier mineur, Joch, était occupé, le 3 janvier 1905, vers quatre heures du soir, à enfoncer un coin dans le sol. A un moment donné, un éclat de fer, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes se détacha du coin et atteignit l'œil gauche, produisant une plaie pénétrante de la sclérotique, d'où hémorrhagie abondante du corps vitré.

Soigné par un oculiste, le malade guérit assez bien. L'hémorrhagie se résorba en grande partie, et le médecin considéra la

blesseure comme consolidée, le 15 avril 1905, avec une séquelle consistant en une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche, représentée par la fraction $7/8$ ou $8/9$. (Trouble au niveau de l'équateur du cristallin et caillot au voisinage.)

Dès les premiers jours de l'accident, Joch. s'était plaint de violentes douleurs dans le côté gauche de la tête et à la nuque, s'exaspérant sous l'influence de la lumière ou de la chaleur. Il se plaignait également de faiblesse générale et manifestait une crainte exagérée des suites de son accident, disant qu'on le pansait mal, redoutant toujours de nouvelles complications, ne voulant pas croire à la guérison de son œil et reculant de jour en jour la reprise de son travail, dans la crainte d'accidents consécutifs.

Ces phénomènes s'accroissent à la suite de difficultés avec la Compagnie d'assurances, se compliquèrent d'insomnie, de cauchemars, d'inappétence et enfin d'un état mélancolique grave avec tendance au suicide, qui nécessita son transfert à l'asile de Bron, le 16 mai 1905.

Le certificat d'entrée constate que le malade est atteint de troubles mentaux consécutifs à un traumatisme de l'œil gauche survenu le 3 janvier 1905 et guéri. Les troubles se sont manifestés par des idées sombres, doute de la guérison, craintes de complications, craintes de perdre son œil en reprenant son travail. Depuis huit jours, à la suite de difficultés avec la Compagnie d'assurances, ces troubles se sont accentués et sont compliqués d'insomnie, de cauchemars, d'inappétence et surtout d'idées de suicide, manifestées à plusieurs reprises.

A l'entrée, le malade est regardé comme atteint de mélancolie anxieuse. Il est très surexcité, incohérent.

Le certificat de quinzaine constate que l'anxiété a un peu diminué, mais que le malade est toujours bien troublé et obnubilé.

Cet état se maintient stationnaire jusqu'en septembre ; le malade reste triste, préoccupé, dort mal, pleure facilement.

L'amélioration se produit en fin septembre, et le médecin de l'asile autorise une sortie d'essai qui, ayant réussi, est transfor-

mée en sortie définitive, le 9 octobre 1905. Le malade est déclaré guéri.

Il reprend son travail le 12 décembre 1905, et depuis cette époque, il n'a plus présenté de troubles intellectuels très évidents.

Sur une demande en paiement de rente viagère formée par Joch, contre la Compagnie employeuse, un jugement du 19 décembre 1905 ordonne une expertise médicale à l'effet d'évaluer le degré d'invalidité du blessé.

Par suite d'incidents de procédure, un nouveau jugement intervient le 29 mars 1906, puis une ordonnance sur requête du 17 juillet 1906, et enfin c'est le Dr Chaumier qui est commis en raison des relations qui paraissent exister entre le traumatisme et les troubles mentaux, en juillet 1906.

L'expert procède à son examen, pendant les vacances, voit à plusieurs reprises l'ouvrier, et dépose son rapport le 26 novembre. Nous extrayons de ce rapport les détails non encore mentionnés ci-dessus :

« Joch a les apparences d'un homme de vigueur au-dessous de la moyenne ; il est pâle, émotif à l'excès et se plaint de souffrir encore de douleurs dans le côté gauche de la tête et de la nuque, dès qu'il est exposé à la lumière et à la chaleur. Il déclare qu'il est moins vigoureux qu'avant son accident, qu'il est souvent essoufflé et sujet à des rhumes fréquents. Il reconnaît toutefois qu'il n'a pas eu de peine à faire son travail, mais il manifeste la crainte de ne pouvoir pas en faire d'autre. Il semble dire qu'il suffit à sa tâche parce qu'on le ménage, mais qu'il n'est plus ce qu'il était jadis. Au cours de son interrogatoire, il confirme de point en point les faits rapportés plus haut. Joch paraît, du reste un homme sincère, et si parfois il exagère peut-être ses souffrances, c'est plutôt sous l'influence d'un état mental encore affaibli que non pas d'un calcul dont il semble incapable. Il a notamment fait un récit très véridique des différentes phases de sa maladie. Ses idées sont devenues, à un moment donné, si confuses, qu'il a perdu le souvenir des circonstances de son internement. Il était sombre, d'une tristesse telle qu'il avait la vie en horreur ; le moins

dre bruit lui causait de véritables souffrances ; il ne pouvait supporter aucune conversation, ni la compagnie des siens. Sans cesse en proie à une sorte d'état vertigineux, il lui semblait que le sol sur lequel il marchait était semé de trous ; il voyait du feu et respirait l'odeur du soufre. Joch. ne semble pourtant pas avoir eu des hallucinations de l'ouïe. et, en tout cas, il n'en a pas gardé le souvenir. Avec cela il était inquiet, ayant sans cesse besoin de mouvement, ne trouvant aucune bonne place, en un mot, il présentait tous les symptômes de la mélancolie anxieuse.

Actuellement, Joch. n'hésite pas à reconnaître qu'il a repris complètement possession de lui-même. C'est à peine si, au cours de la conversation, on remarque chez lui une susceptibilité un peu exagérée, une tendance à s'inquiéter de sa situation. La maladie semble lui avoir laissé une pénible impression, qui ne s'est pas encore complètement dissipée ; il répète constamment : « Il n'était pas raisonnable de vouloir me faire travailler quand j'étais malade, on devait me soigner. » Malgré cela, et malgré les quelques douleurs ressenties dans la tête, on peut le considérer comme guéri et terminant la convalescence d'une maladie psychique grave. Au surplus, il ne présente aucun signe objectif dans le domaine du système nerveux : ses réflexes sont normaux, on ne constate aucune modification pathologique de la sensibilité spéciale ou générale. La plaie de l'œil gauche est complètement cicatrisée et l'organe a récupéré le fonctionnement qu'on pouvait espérer. La vision, bien que notablement diminuée, permet de distinguer les objets moyennement éclairés. C'est ainsi qu'il peut reconnaître les doigts de la main et les compter. La pupille gauche est déformée et le réflexe lumineux du même côté est plus lent à se produire.

L'examen des organes viscéraux n'a révélé rien autre qu'un peu d'emphysème pulmonaire, qui explique la dyspnée et la tendance aux rhumes accusées par Joch. Les urines sont normales. »

L'expert discute ensuite le diagnostic et se range à l'idée de troubles mentaux consécutifs au traumatisme, dont les troubles neurasthéniques du début n'avaient été que les avant-coureurs.

« On doit donc, dit-il, admettre sans hésitation l'existence

d'un rapport de causalité entre le traumatisme éprouvé par Joch, et les accidents nerveux qui débutèrent au lendemain de l'accident du 8 janvier, pour aboutir à la crise d'aliénation mentale qui se déroula du 16 mai au 9 novembre 1905.

Quant à la question du pronostic, dont l'importance ne m'échappe pas, elle a perdu dans l'espèce beaucoup de son intérêt, puisque Joch. est guéri de son affection psychique et que le reliquat des désordres nerveux post-traumatiques existant à ce jour a une tendance à la régression. Selon toute vraisemblance, comme on l'observe généralement en pareil cas, ces malaises s'atténueront et disparaîtront définitivement quand la période actuelle de procès, d'inquiétude pour l'avenir sera tranchée, quand enfin Joch. aura repris le cours de sa vie habituelle. Reste l'éventualité d'une récurrence des troubles mentaux toujours à craindre après une première atteinte. Ici les données manquent pour apprécier les chances d'un retour offensif de la maladie et les fixer mathématiquement ; la question des psychoses traumatiques est encore neuve et est loin d'avoir trouvé sa solution définitive. Pour ma part, j'estime qu'une psychose qui s'est présentée avec un caractère nettement aigu, qui a évolué vers la guérison en un temps normal, variant de trois mois à douze mois, a des chances sérieuses de ne plus reparaitre. Pour les cas analogues, envisagés indépendamment de leurs causes, les rechutes se présentent dans la proportion de 12 à 14 %, et elles sont communes dans la première année qui suit la guérison. Or, Joch. est guéri depuis bientôt une année ; on peut donc espérer qu'il est à l'abri désormais d'un danger de cette nature. Toutefois, si minime soit-il, ce danger existe et constitue une menace pour l'avenir, partant, un degré d'infériorité. A mon avis, le degré de cet amoindrissement peut être représenté par la fraction $1/9$ ou $1/10$.

Conclusions : 1° La blessure de l'œil gauche, reçue par Joch, le 3 janvier 1905, est cicatrisée depuis le 15 avril de la même année ; elle a laissé après elle une diminution de l'acuité visuelle, qui peut être représentée par la fraction $7/8$ ou $8/9$.

2° Immédiatement après cet accident, Joch, fut pris de troubles

nerveux, qui aboutirent bientôt à une maladie mentale à forme mélancolique.

Troubles nerveux et désordres intellectuels se sont développés sous l'influence directe du traumatisme, les autres conditions étiologiques qu'on pourrait incriminer sont intervenues comme des causes adjuvantes et prédisposantes.

3^o Actuellement, l'état général de Joch. est satisfaisant ; il peut être considéré comme guéri de sa psychose.

4^o Néanmoins, cette atteinte de troubles psychiques entraîne pour lui un état d'infériorité, en le plaçant sous la menace, légère sans doute, d'une rechute toujours possible en pareil cas. Cet état d'amoindrissement individuel peut être représenté par la fraction 1/10 ou 1/9. »

Le jugement est rendu le 16 avril 1907. Les attendus nous paraissent intéressants à reproduire ici.

« Attendu...

« Que le rapport de l'expert fait une juste appréciation des droits des parties en tant qu'il fixe à 30 % l'incapacité permanente de travail subie par Joch. du chef de la diminution d'acuité visuelle de l'œil blessé ; mais que c'est à tort que l'expert propose d'élever le taux de cette incapacité de travail de 10 à 11 % à raison des troubles intellectuels qui ont suivi l'accident, alors qu'il estime que « cette psychose peut être considérée comme « guérie », et « a des chances sérieuses de ne plus reparaître » ;

« Que si, contrairement à toute prévision, ces troubles venaient à se reproduire, la voie de revision reste à la disposition de Joch. ;

« Attendu que le salaire de taxe a été fixé par le jugement du 19 décembre 1905 à 1.334 fr. 20.

« Que Joch. a droit, dès lors, à une rente de 15 % de ce salaire, soit de 200 fr. 13.

« Que cette rente doit lui être servie à partir du 12 décembre 1905, date à laquelle, son état étant consolidé, il s'est trouvé en mesure de reprendre son travail, et a touché un salaire réduit.

« Par ces motifs :

« Dit que, comme conséquence de l'accident dont il a été atteint,

Joch. reste chargé d'une incapacité permanente de travail de 30 % ;

« Fixe au 12 décembre 1905 la date de la consolidation de la blessure ;

« Condamne », etc.

Depuis le jugement, l'ouvrier a continué son travail régulièrement, sans qu'il ait donné jamais aucun signe de rechute ou même de menace de rechute. Ce renseignement nous a été donné par M. le docteur Lecreux, qui a suivi le blessé dès le début de l'accident jusqu'à ces derniers jours, et que nous remercions vivement de son obligeance.

Nous relèverons dans cette observation l'absence d'antécédents héréditaires vésaniques et la prédisposition due à l'alcoolisme paternel, la phase prodromique de dépression psychasthénique, l'apparition de troubles mentaux mélancoliques, l'internement à l'asile et le fait intéressant de la guérison avant la terminaison du litige. Ce fait, qui semble paraître en contradiction avec ce qui se passe d'ordinaire (aggravation des troubles jusqu'au jour du jugement définitif), s'explique par les bons effets de l'isolement en milieu approprié, l'asile d'aliénés dans l'espèce.

Dans le jugement il faut noter l'attendu qui refuse d'élever le taux de l'incapacité. L'expert avait très scientifiquement admis qu'une première atteinte de troubles mentaux constituait une prédisposition fâcheuse pour des troubles futurs et devait par conséquent entraîner une diminution de valeur sociale chez le malade. Le tribunal ne l'a pas suivi,

mais a admis qu'en cas de rechute la voie de la revision restait ouverte au blessé. Nous aurons à revenir sur ce point.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le Dr Taty.

Traumatisme de la région lombaire. — Troubles hystériques et mentaux (délire de persécution) consécutifs. — Rapports, jugement du tribunal, et arrêt de la Cour. — Incapacité totale jusqu'à l'arrêt, incapacité partielle pour l'avenir.

Flm., ouvrier mineur, 32 ans, sans antécédents pathologiques sérieux, héréditaires ou personnels.

A subi antérieurement (décembre 1900) un léger accident, sans suites notables.

Le 23 février 1901, pendant que l'ouvrier chargeait une benne, il fut atteint dans la région lombaire, par la chute d'un plateau de bois, qui reposait sur le boisage d'un côté, et de l'autre sur le charbon, dans la taille inclinée, et qui tomba de la hauteur d'un mètre environ.

Le blessé entre à l'hôpital de la Compagnie, où il fit un court séjour de huit jours, dont trois seulement furent passés au lit. Il sortit déclaré guéri par le médecin de l'hôpital, et s'en retourna chez lui, simplement à l'aide d'une canne.

Cependant il prétendait toujours souffrir des reins et ne reprit pas le travail. Le 21 mars il vit un médecin, qui lui délivra le certificat suivant :

« Au jour où nous examinons le blessé, c'est-à-dire le vingt-sixième jour après l'accident, on constate un gonflement assez prononcé des muscles de la masse commune (région lombaire), surtout prononcé du côté gauche ; ceux-ci, très durs et contractés,

sont très douloureux. Si, au niveau des articulations des vertèbres lombaires on appuie sur les nerfs vertébraux, le blessé ressent une vive douleur, et cette douleur s'exaspère si la pression continue. Il est à peu près certain que la chute du plateau d'échafaudage a entraîné d'abord la contraction des muscles lombaires, et qu'il s'est produit, en raison de cette dernière, des ruptures musculaires non encore réparées, ce qui explique les douleurs ressenties, tant par les muscles que par les nerfs vertébraux, serrés dans ces muscles contractés.

« En conséquence, nous concluons qu'il y a eu un traumatisme de la région lombaire, et que ce traumatisme entraîne une incapacité complète de travail de trois mois environ à dater du jour de l'accident. Nous réservons notre pronostic, en raison des lésions nerveuses qui peuvent survenir plusieurs mois après l'accident. »

Le malade fait alors une déclaration d'accident à la Compagnie d'assurances. Celle-ci écarte la demande comme faite trop tardivement, mais délègue cependant un chirurgien, pour examiner l'ouvrier.

Le 16 avril, l'expert déclare que, invité à désigner le point frappé, Flm. a indiqué un point situé à 9 centimètres de la ligne médiane, en dehors de la masse sacro-lombaire, au-dessous de la dernière côte, et qu'à ce niveau il n'a rien trouvé d'anormal. Il ajoute cependant que, par prudence, il sera bon d'attendre deux mois pour s'assurer qu'il n'y a, chez le blessé, aucune conséquence de son accident.

Le 25 juin, nouvel examen. Le chirurgien déclare à nouveau qu'il n'a rien trouvé d'anormal.

« L'examen est difficile parce que Flm. se plaint et ressaute au moindre toucher. Aurait-il une lésion, qu'il exagérerait tout au moins ses souffrances.

« Se basant sur ce fait qu'il est lui-même rebouteux et connaît ses lésions, il soutient qu'il a la partie inférieure du tibia gauche fendue vers la malléole, ce qui est manifestement inexact. »

Le 2 juillet, le malade se fait alors examiner par un expert de son choix, qui lui délivre le certificat suivant, d'où nous suppri-

mons le préambule et l'exposé de faits qui n'apprend rien de nouveau.

« Nous constatons actuellement que la marche se fait difficilement. Le membre inférieur gauche est porté en dehors. Le blessé accuse de la douleur lorsqu'il se lève ou s'assoit ou qu'il veut ramasser un objet à terre. Ces douleurs sont localisées au niveau des lombes et s'irradient dans les jambes.

« Nous ne trouvons dans la région lombaire ni tuméfaction, ni déviation vertébrale. Le simple pincement de la peau détermine une douleur qui fait crispier le blessé (zone hyperesthésique). Les membres inférieurs ne sont pas atrophiés, les mouvements des articulations sont libres. Il n'y a pas de douleurs dans le trajet du sciatique.

« Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le réflexe plantaire est aboli ; la force musculaire très diminuée. Il y a de l'anesthésie, particulièrement à la douleur : on peut traverser la peau avec une épingle sans que le blessé accuse de douleur. Les tissus ne saignent pas. Cette anesthésie est surtout marquée au membre inférieur gauche et s'irradie au tronc, au membre supérieur gauche, à la face.

« Il y a du dermatographe sur toutes les parties du corps.

« Nous constatons aussi des zones hyperesthésiques au niveau du sein droit et au creux épigastrique. Le blessé nous dit que les digestions sont mauvaises et qu'aussitôt après l'ingestion des aliments, il a des crampes douloureuses.

« Les réflexes cornéens et pharyngiens sont abolis. Il ne nous a pas été possible d'étudier le champ visuel.

« Le sommeil est agité.

« En somme, l'énumération de tous ces symptômes montre que le blessé est atteint d'*hystéro-neurasthénie traumatique*.

« L'impotence fonctionnelle qu'il accuse et les douleurs qu'il ressent sont la conséquence de cette maladie.

« *Conclusions* : Flm. présente, à la suite de l'accident, dont il a été victime le 23 janvier 1901, des phénomènes d'*hystéro-neurasthénie traumatique*.

« L'incapacité de travail sera temporaire. Elle a été complète

jusqu'à présent et le sera encore pendant trois ou quatre mois. A cette époque, il sera nécessaire de revoir le blessé, pour se prononcer sur l'amélioration obtenue par un traitement soigneusement suivi. »

La Compagnie fait à nouveau examiner le blessé, le 9 octobre, par un chirurgien, qui déclare que :

« Flm. se présente en boitant beaucoup. Il porte la cuisse gauche très en dehors et s'appuie très fortement sur sa canne. Cette boiterie ne rappelle la boiterie d'aucune lésion, ni du bassin, ni des membres ; il ne se baisse à terre que très péniblement, en poussant des soupirs et des gémissements.

« Dans le décubitus dorsal on peut, sans difficulté, faire mouvoir les cuisses sur le bassin, et sans provoquer aucune douleur. La pression sur les épines iliaques droite et gauche, faite successivement, provoque une vive douleur ; le rapprochement simultané des deux crêtes iliaques paraît excessivement douloureux. Ces résultats curieux, presque contradictoires, semblent indiquer une tendance manifeste à exagérer, sinon à simuler des douleurs.

« Le squelette et les articulations des membres inférieurs et des os du bassin paraissent intacts. »

Suit une discussion de diverses lésions osseuses.

Le chirurgien n'envisage ni l'hypothèse d'une lésion de la moëlle ni l'hystéro-traumatisme, et conclut que Flm. n'est actuellement porteur d'aucune lésion osseuse, ni viscérale, ni musculaire ; que ses douleurs sont purement subjectives et très manifestement exagérées, et enfin qu'il peut être considéré comme actuellement guéri.

De rechef, l'ouvrier se fait examiner par un médecin, qui certifie que :

« Flm. est présentement atteint d'une ancienne contusion très grave de la région lombaire au-dessus de la hanche droite, au niveau du rachis, contusion du deuxième et troisième degrés, compliquée de conséquences graves et ayant déterminé une incapacité de travail pleine et entière et permanente d'une durée indéfinie.

« Après l'exposé des faits, le médecin déclare qu'il y a de la

contracture de tous les muscles thoraciques, principalement du bras gauche, contracture des plus douloureuses. Il y a de la dyspnée ; le sujet ne peut pas se baisser sans souffrir au niveau du point contusionné.

« L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la cage thoracique ; seulement il subit de vives douleurs dans tous les membres, il accuse un peu de parésie des membres pelviens.

« La marche est difficile, il est probable que la contusion de la région lombaire a engendré un peu de myélite d'origine traumatique ou inflammation chronique de la moëlle épinière, lésion d'un pronostic des plus graves d'une durée indéfinie.

« Grâce à cette lésion traumatique et à ses conséquences morbides, Flm. est incapable, d'une façon complète et pour toujours, de faire son métier de mineur, voire même de tout travail physique. »

L'ouvrier dépose ce dernier certificat à l'appui d'une déclaration régulière d'accident qu'il fait à la mairie de son domicile, le 19 octobre.

Après enquête du juge de paix et essai d'arrangement, la Compagnie refuse de payer, et le blessé l'actionne devant le tribunal civil.

Un jugement préparatoire du 29 janvier 1902 nomme deux médecins et un chirurgien experts, aux fins d'examiner le blessé. Ceux-ci déposent le 19 mars 1902, leur rapport, dont nous extrayons les points principaux, qui donnent l'état du malade à la date de l'examen :

« 1^o *Système nerveux.* — Asthénie considérable, exagération des réflexes rotuliens et achilléens, abolition des réflexes plantaires, exagération des réflexes des membres supérieurs, hémianesthésie de tout le côté gauche, membres et tronc, rétrécissement marqué du champ visuel de l'œil gauche.

« 2^o *Examen de la colonne.* — Douleurs très vives à la pression des apophyses épineuses depuis la deuxième dorsale jusqu'à la dernière lombaire, sans localisations plus précises, douleurs très vives à la pression et à la percussion sur les deux côtes et sur les deux grands trochanters, douleurs très vives dans l'exécution des

mouvements volontaires. Néanmoins, les mouvements d'extension, de flexion, de torsion de la colonne peuvent s'exécuter ; le malade n'immobilise pas sa colonne.

« Il n'y a aucune espèce d'abcès par congestion.

« Dans toute la région dorso-lombaire, là où existent des douleurs profondes, il y a une hypoesthésie nette au contact.

« 3^e *Examen des viscères.* — Le malade se plaint de tousser et de cracher du sang ; l'auscultation ne révèle rien.

« L'exploration des autres viscères a été également négative.

« *Discussion du diagnostic.* — On peut tout d'abord éliminer l'hypothèse d'une lésion osseuse vertébrale ; les suites immédiates ne sont pas celles d'une fracture de la colonne.

« Le caractère des douleurs, sans localisation précise, l'existence d'une anesthésie superficielle superposée à l'hyperesthésie profonde, la non immobilisation de la colonne, l'absence de compression médullaire et d'abcès par congestion permettent aussi d'éliminer l'idée d'un mal de Pott post-traumatique.

« Les signes sont ceux de l'hystéro-traumatisme.

« Nous avons écarté l'hypothèse d'une simulation, signes inconnus au malade ; anesthésie et hyperesthésie superposées, rétrécissement du champ visuel.

« On peut tout d'abord affirmer qu'il n'y aura aucune amélioration jusqu'au prononcé du jugement. C'est un fait d'expérience souvent renouvelée que de tels malades, sans qu'on puisse les taxer de simulation, ne commencent à s'améliorer que lorsque leur situation est tranchée et régulière.

« L'amélioration ultérieure est très problématique.

« *Conclusions* : 1^o Flm. est atteint d'hystéro-traumatisme.

« Cette affection est bien la conséquence du traumatisme qu'il a subi.

« 2^o L'incapacité de travail est actuellement complète et restera telle jusqu'au prononcé du jugement.

« 3^o Ultérieurement, il pourra se produire une amélioration possible, peut-être même une guérison presque complète, mais dans des limites de temps qu'il est absolument impossible de prévoir. »

A la suite de ce rapport, le tribunal rend un jugement allouant

une indemnité pour infirmité partielle permanente évaluée à huit neuvièmes.

La Compagnie interjette appel.

La Cour rend, le 20 décembre 1902, un jugement préparatoire, nommant deux médecins experts, M. le professeur Weil et M. le Dr Mouisset, et, sur les conclusions des défenseurs de l'intimé, auxquels celui-ci a tenu des propos étranges, se disant victime d'un complot, poursuivi par la haine de la Compagnie, qui veut sa mort, elle adjoint aux deux experts un médecin aliéniste, le Dr Taty.

Les experts prêtent serment en avril 1903 et procèdent à leur examen du blessé, le 27 de ce mois. Au cours de ce premier examen, le blessé ne laisse saisir aucun trouble psychique manifeste. Il accepte de son plein gré d'être placé en observation pendant quelques jours, dans le service hospitalier de l'un des experts, s'y rend sans difficultés, mais dès le premier jour, il présente de l'agitation, exprime la crainte d'être empoisonné ou guéri en trois jours par la chloroformisation, accuse les médecins d'être de connivence avec la Compagnie et se refuse à tout examen des yeux et de l'urine ; la nuit, il a des hallucinations de l'ouïe, entend des voix menaçantes, s'agite, court dans la salle et, dès le lendemain matin, il s'échappe de l'hôpital.

Les experts jugeant inutile un transport à longue distance pour continuer un examen qui serait difficile ou repoussé, déposent leur rapport dans les premiers jours de mai 1903, après avoir attendu un retour du blessé, qui s'y est énergiquement refusé.

Voici également les points importants de ce rapport :

« Flm. est un homme grand et maigre. Son aspect extérieur est misérable. Sa force musculaire paraît diminuée. Elle est mieux conservée à droite qu'à gauche, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur.

« La station debout est possible, mais le membre inférieur droit est un peu fléchi dans cette attitude. Il existe une contracture de la masse lombaire gauche. Les troubles de la motilité revêtent une forme hémiplegique incomplète. La marche est possible, mais la jambe gauche fauche. Au dire du malade, il ne pour-

rait pas faire plus de cinquante mètres sans s'arrêter. Le malade peut se baisser, ramasser un objet à terre et se relever. Après les efforts nécessités par ces divers mouvements, qui sont exécutés avec peine, tous les muscles sont pris de frémissements.

« Il y a exagération notable de tous les réflexes tendineux et tendance à la trépidation du pied. On constate de l'atrophie musculaire : la cuisse gauche, mesurée à 0 m. 26 de la rotule, présente une circonférence de 0 m. 45 ; la cuisse droite, au même niveau, mesure 0 m. 47.

« *Sensibilité générale.* — Nous constatons de l'anesthésie ainsi répartie :

« A la face antérieure du corps, tout le côté gauche est insensible à la piquûre, à l'exception d'une zone comprenant le sein, l'hypochondre et le flanc gauche ; le côté droit est également insensible, à l'exception d'une zone, allant de deux travers de doigt au-dessous du sein droit au milieu de la cuisse droite. La sensibilité est conservée au cou.

« A la face postérieure du corps, tout le côté gauche est insensible, à l'exception d'une bande étroite au milieu de la cuisse gauche ; la moitié droite du tronc l'est également, à l'exception de deux bandes au niveau du thorax et de la crête iliaque. L'insensibilité s'arrête de ce côté au milieu de la cuisse droite.

« L'anesthésie, au contact, est répartie à peu près comme l'anesthésie à la piquûre. Il existe une zone d'hyperesthésie profonde, provoquée par la pression et coexistant avec la diminution de la sensibilité superficielle au contact et à la piquûre. La pression sur les apophyses épineuses, depuis la deuxième vertèbre dorsale jusqu'au sacrum est très douloureuse. Il y a également une plaque d'hyperesthésie, au niveau du sein gauche.

« On observe un dermographisme très net.

« L'examen des viscères et du système osseux a été négatif.

« Les experts constatent que Flm., admis à l'Hôtel-Dieu, n'a pas voulu y rester, et concluent que les signes constatés chez lui sont d'ordre hystérique. Leur localisation n'est pas en rapport avec une lésion organique de la moëlle spinale au niveau de la région contusionnée, mais leur existence manifeste et leur carac-

tère excluent la possibilité d'une simulation, quelque exagération que puisse mettre Flm. dans l'exposé de ces sensations subjectives.

« L'apparition de ces troubles nerveux est, certainement, postérieure à l'accident dont il a été victime, le 23 février 1901, car il aurait, le 20 décembre 1900, subi un autre accident, qui n'a pas eu de suites de même ordre, et il aurait joui antérieurement d'une bonne santé. On est donc autorisé à voir, entre le deuxième accident et le développement des troubles nerveux le rapport de cause à effet qui constitue l'hystéro-traumatisme.

« *Conclusions.* — Flm. est atteint d'hystéro-traumatisme.

« Cette affection paraît bien être une conséquence de l'accident du 23 février 1901.

« L'incapacité de travail qui en est résultée a été totale jusqu'au jour de l'examen.

« Quant à sa durée dans l'avenir, il est impossible de la préciser, l'expérience montrant constamment dans ces cas l'influence considérable des solutions judiciaires définitives sur l'évolution ultérieure de la maladie. »

Conformément à ces conclusions, l'arrêt de la Cour accorda l'indemnité journalière pour incapacité totale jusqu'au jour de l'arrêt et pour l'avenir, admit l'incapacité permanente en en réduisant la valeur à sept neuvièmes.

La Compagnie exécuta le jugement.

Nous avons pu obtenir quelques renseignements sur l'état ultérieur du blessé. Il n'a pas repris le travail, marche toujours avec une canne et s'occupe seulement dans le ménage. Il a engraisé. Les troubles mentaux ont dû s'atténuer ou tout au moins ne pas s'aggraver car il n'y a pas eu lieu d'interner ce malade. Dans ces conditions, la Compagnie n'a pas provoqué de revision.

Il faut signaler dans ce cas l'influence manifeste de la lenteur de la procédure et de la misère sur la genèse de troubles psychiques greffés sur l'hystéro-

traumatisme. La Compagnie d'assurance en cause luttait pour une question de principe. Elle craignait, en cédant trop facilement, de multiplier, de généraliser les faits d'hystéro-traumatisme et n'a pas hésité à mettre en mouvement tribunaux de première instance et cour d'appel pour un litige portant sur une rente de 900 francs. Elle a fini par comprendre ses véritables intérêts. Dans l'espèce, les experts n'avaient pas pu prendre en grande considération les troubles mentaux trop récents et trop insuffisamment observés, mais il est très probable que si le procès se fût encore prolongé un véritable délire chronique se serait établi et aurait entraîné une incapacité permanente totale. Nous verrons plus loin que les Compagnies comprennent mieux la question actuellement et l'observation suivante démontre nettement qu'elles sont dans la bonne voie.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. le Dr Taty,

Effort. — Troubles hystériques et mentaux consécutifs, mélancolie avec idées de suicide. — Guérison.

Mlle Pena, 20 ans, tisseuse, célibataire.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse et faible d'esprit.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Intelligence moyenne. Bonne ouvrière. Rien de saillant. Pas d'accidents nerveux antérieurs. Puberté normale. Bien réglée habituellement. Quelques pertes blanches.

Le 20 octobre 1900, en soulevant un poids relativement lourd, cette jeune fille ressentit brusquement une vive douleur dans la région de l'hypochondre droit. Le médecin appelé ne constata aucune fracture, mais appliqua néanmoins un bandage de corps en diachylon, et la douleur se calma.

Trente jours après, lorsque le bandage fut enlevé, les douleurs réapparurent. En même temps, la malade présenta de l'hémianesthésie droite, qui commença par le bras et gagna peu à peu la jambe, avec ce caractère particulier, qu'elle n'était pas constante. A peu près toutes les demi-heures la malade cessait de souffrir de son côté. En même temps, la sensibilité cessait dans le bras et dans la jambe droite. Cet état durait environ dix minutes, puis les douleurs reparaissent dans l'hypochondre droit et, en même temps, la sensibilité reparaissait dans les membres.

La pression de l'ovaire droit faisait cesser la douleur thoracique, mais provoquait l'hémianesthésie.

L'état général de la malade devint très mauvais. Anémie, insomnie, amaigrissement profond, la malade s'alimentant mal et vomissant très fréquemment tous les aliments solides. Elle tolérait les aliments liquides.

Cet état se prolongeant et se compliquant de troubles mélancoliques, avec idées de suicide, le médecin envoie en janvier 1901 la malade à un chirurgien.

Celui-ci ne constate aucune lésion dans la partie, siège de douleurs, et fait examiner la malade par un aliéniste, qui constate l'existence de tous les symptômes précités, notamment les alternatives d'hémianesthésie et de retour de la sensibilité et des douleurs.

L'état général est très mauvais. Il y a constipation habituelle ; les selles sont rares et fétides. La malade émet inconsciemment des vents fétides. Les urines sont rares. (Un demi-litre par jour.) Réflexes rotuliens très exagérés des deux côtés. La secousse est double.

Les réflexes pupillaires sont normaux. Mydriase habituelle.

La marche est très pénible. Elle s'exécute quand on soutient

la malade par les bras. Quand elle n'est pas soutenue, elle ne peut marcher, et le corps fléchit fortement sur la jambe droite.

L'équilibre est possible sur la jambe gauche, et impossible sur la jambe droite. Cependant la malade sent le sol avec le pied droit et distingue le plancher du tapis quand l'hémianesthésie cesse.

Pas de Kernig. Réflexes plantaires normaux, toujours hors de la période d'hémianesthésie. Pas de douleur ovarienne.

L'état mental est très atteint. La malade s'affecte extrêmement de son état. Elle se juge perdue et manifeste des idées de suicide.

Dans ces conditions, on conseille à la Compagnie d'assurances de régler sans difficultés ni délais le demi-salaire dû à la malade depuis l'époque de l'accident jusqu'au jour de l'examen, et de promettre le règlement régulier du salaire à venir par quinzaine, jusqu'à guérison. La malade sera placée en isolement relatif, éloignée de sa mère, dont le contact lui est manifestement nuisible, et placée à la campagne, chez une parente intelligente et énergique. Le traitement est dirigé contre l'état général, la coprostase et l'insuffisance urinaire.

Au bout d'un mois d'isolement dans ces conditions, la malade est en bonne voie d'amélioration. L'hémianesthésie et les douleurs ont disparu. L'état général se relève. L'état mental s'améliore parallèlement.

A la fin du deuxième mois, la malade peut reprendre son travail. Il n'y a pas eu lieu de poser la question d'incapacité partielle permanente.

Dans cette observation, indépendamment du symptôme intéressant de l'hémianesthésie à oscillations régulières et presque rythmiques, nous noterons l'apparition des troubles mentaux sous l'influence des difficultés de règlement, et du milieu défavorable et leur régression, sous l'influence de la conduite intelligente de la Compagnie et du changement de milieu. Il y a là une véritable expérience.

CHAPITRE IV

Quelques considérations sur l'hystéro-psychasthénie consécutive aux accidents du travail. — Influence des lenteurs de procédure sur la genèse des troubles mentaux. — Observations. — L'état des ongles et le sillon unguéal.

Nos trois observations présentent un trait commun caractéristique et frappant. Dans les trois cas les troubles vésaniques proprement dits se sont installés après une période d'hystéro-neurasthénie, d'hystéro-psychasthénie, serait-il peut-être plus exact de dire, entretenue, sinon créée par les lenteurs de la procédure.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'étude de l'hystéro-traumatisme, ni même celle de l'hystéro-neurasthénie, dans leurs rapports avec les accidents du travail. Thoinot y a consacré deux leçons très étudiées et nous ne saurions rien y ajouter.

Mais il ne nous paraît pas inutile d'insister sur la genèse de ces troubles parce que dans le cas de notre observation VI les magistrats de la Cour d'appel ont paru de prime abord fort surpris de se voir attribuer par les experts un rôle thérapeutique en la matière. Rien n'est cependant plus exact. De la solution définitive d'un procès d'accident du

travail dépend bien souvent l'évolution des troubles nerveux. *A priori*, l'observation V semblerait démontrer que le jugement n'a pas d'influence sur cette évolution puisque le malade a guéri de ses troubles mentaux avant l'issue définitive du procès. Nous avons déjà dit que cette guérison a tenu à la nature des soins donnés (internement et hygiène physique et cérébrale du malade) et qu'une rechute était probable si le jugement avait tardé longtemps encore à intervenir. En fait, dans les trois cas, les troubles se sont manifestement établis et développés sous l'influence des inquiétudes morales et de l'état de misère physiologique et matérielle dont étaient victimes les trois malades par suite de la lenteur de la procédure. La conduite tenue par la compagnie d'assurances dans l'observation VII est, comme nous l'avons dit, une véritable expérience à ce point de vue.

Nous ne sommes pas les premiers à faire cette constatation et beaucoup d'auteurs ont noté que dans toutes les psychoses consécutives aux accidents du travail, mais survenues longtemps après l'accident, la longueur du procès, les inquiétudes qui en sont la conséquence jouent un rôle étiologique très important. « Il y a, dit Thoinot, à propos de la neurasthénie traumatique, une véritable psychose de procédure. Elle commence avec l'enquête du juge de paix, se poursuit avec l'instance devant le tribunal, le recours en appel, etc... augmentée et aggravée par tous les actes de procédure et aussi par tous les examens des médecins du patron et de l'assu-

reur, des experts désignés par le juge de paix, le tribunal, la cour. »

A côté de la longueur de la procédure, les embarras pécuniaires agissent aussi : « l'accident, même avec la loi de 1898, dont les dispositions ont pourtant amélioré le sort du blessé, est une cause de gêne pécuniaire grave pour la victime. Cette gêne est souvent même la misère quand la famille du blessé est nombreuse. Attristé déjà par sa situation présente, l'ouvrier entrevoit avec plus de crainte encore sa situation future et celle des siens, s'il doit être hors d'état désormais de subvenir à leurs besoins. »

Voici encore une observation dans laquelle on aperçoit bien le rôle joué par l'indemnité dans la production de la psychose. Vigouroux l'a publiée surtout pour mettre en évidence le rôle des médecins d'asile, quand il leur est demandé un avis sur la situation de leurs malades dans les cas de psychoses liées aux accidents du travail. C'est un point intéressant à signaler chemin faisant et comme, de plus, elle vient à l'appui de cette courte étude pathogénique, nous pensons qu'il n'est pas inutile de la reproduire.

OBSERVATION VIII

Cas de Vigouroux et Delmas (Ann. Méd. Psych., 1906).

Chute d'une échelle. — Entorse du pied. — Période psychasthénique. — Accès d'aliénation mentale consécutif : excitation et agitation maniaques. — Internement à l'asile de Clermont (Oise). — Rôle du médecin de l'asile dans ce cas, au point de vue médico-légal.

Lucien L..., 29 ans, est entré dans le service le 25 décembre 1905. D'après les renseignements fournis par sa famille, il n'a pas d'antécédents héréditaires psychopathiques, ni d'antécédents personnels. Né à terme, sans difficulté, il n'a jamais présenté de maladies graves, a parlé et marché à l'âge normal. A l'école, il s'est instruit facilement, et jamais son caractère ne s'est montré difficile ou émotif. Au contraire, orphelin dès l'âge de 16 ans, et se trouvant l'aîné de plusieurs frères et sœurs, il a aidé sa mère à les élever et s'est toujours montré actif et énergique.

Le 8 mars 1905, il est victime d'un accident de travail : monté sur une échelle, il tombe d'une hauteur de 2 m. 50 sur les pieds, puis sur le dos.

Le 11 mars, son médecin lui délivre le certificat suivant : « Entorse du pied droit ; quinze jours de repos au lit. »

Cependant, il souffrait non seulement de la cheville droite, mais de la jambe gauche et de la cuisse du même côté et jusqu'à la hauteur de la colonne dorsale. Aussi, malgré de nombreuses tentatives pour reprendre son travail, il dut rester alité jusqu'au mois d'août, c'est-à-dire plus de quatre mois.

Son état général n'est pas resté indemne ; il avait présenté, dès le début, de l'insomnie, des cauchemars et, quinze jours après l'accident, une crise nerveuse, au cours de laquelle, dit la mère, il se débattit en criant : « Assez, assez », comme si on l'avait frappé.

Il avait aussi peur de mourir et n'aurait pas voulu s'endormir, par crainte de ne plus s'éveiller.

En septembre et en octobre, il va mieux et commence à s'occuper dans son jardin ; mais il reste faible et conserve une gêne douloureuse dans la région dorsale.

Il était, en outre, très préoccupé par le règlement de l'indemnité à laquelle il avait droit ; il n'avait pas fait de déclaration à la mairie, ni constitué d'avoué, et son patron l'avait prévenu que la Compagnie d'assurances ne lui verserait rien avant la fin de la maladie. Il consentit toutefois, à lui avancer une somme de 200 francs.

Dans les premiers jours de novembre, le malade va voir sa sœur et se plaint à elle d'être surveillé chez lui et de ne pouvoir sortir sans être suivi.

Le 10 novembre 1905 il va à L..., se plaindre au juge de paix parce que son patron ne veut pas lui payer son demi-salaire, bien qu'il ne puisse se livrer à aucun travail. Le juge lui conseille d'aller demander un nouveau certificat à son médecin et de le lui apporter. Au lieu de suivre ce conseil, il vient à Vanves, chez son frère, et là s'excite et se livre à des actes déraisonnables, qui provoquent son internement.

Le Dr de Clérambault fait le diagnostic suivant : « Excitation maniaque, agitation motrice intermittente très violente, préoccupations depuis plusieurs mois (pénurie familiale, disputes, etc.). Traumatisme invoqué. Réaction inégale des pupilles. »

Le Dr Magnan ne fait pas mention du traumatisme, et porte le diagnostic de débilité mentale avec alcoolisme.

A son arrivée dans le service, L... ne porte aucune trace de contusion ou de traumatisme ; il ne présente aucun symptôme d'hystérie. Il a de nombreux stigmates de dégénérescence : étroitesse du front, asymétrie faciale, forme ogivale de la voûte palatine, et enfin une absence congénitale des muscles grand et petit pectoral du côté droit. L'examen somatique révèle, en outre, des intermittences du pouls très nettes dans la station debout, et un léger tremblement émotif des doigts et de la langue.

Au point de vue mental, il présente des alternatives de confu-

sion mentale avec tendances à la dépression et d'excitation avec chants, cris, actes incohérents et à caractère impulsif. Dans l'intervalle, il est calme, conscient de son état et à même de donner des renseignements précis sur lui-même et sa vie antérieure.

Disons de suite que cet état mental ne subit aucune modification pendant les trois mois que le malade a passés dans le service, avant son transfert à Clermont (Oise).

Au point de vue du rôle des médecins d'asile quand il leur est demandé un avis sur la situation de leur malade, voici l'opinion de Vigouroux :

« Quelques jours après l'entrée du malade dans le service, la préfecture de police avait transmis au directeur de l'asile de Vaucluse avec « prière si possible, de satisfaire au désir exprimé », une lettre du Juge de Paix de L..., adressée au Procureur de la République, et demandant si le médecin traitant de l'asile ne pourrait pas délivrer un certificat établissant que l'état dans lequel se trouvait le malade pouvait parfaitement venir de l'accident du 8 mars.

« Quelle devait être la réponse ? D'une part nous avions les renseignements fournis par le malade, par sa mère et par sa sœur, mais aucun moyen de les contrôler. »

D'autre part, et c'est là le point intéressant, en nous prononçant sur le rôle pathogénique du traumatisme, n'était-ce pas empiéter sur les droits du médecin expert et rendre son rôle plus difficile ?

« L'un de nous a répondu par le certificat suivant :
« L. est atteint de confusion mentale avec alternatives de périodes de calme, avec conscience assez

nette de sa situation, de périodes d'excitation pendant lesquelles il chante, quitte son lit sans motif, accomplit des actes impulsifs, et de périodes de dépression au cours desquelles il reste immobile et muet.

« D'après les renseignements fournis par la sœur et la mère du malade et par lui-même, ces troubles mentaux auraient succédé à un état de neurasthénie avec faiblesse musculaire, douleur dans le dos, etc., qui eux-mêmes auraient eu pour cause une chute d'une échelle, s'étant produite le 6 mars. Depuis cette époque, le malade n'aurait plus été en état de travailler et, de plus, il aurait rencontré de grandes difficultés dans le règlement de l'indemnité que lui devait son patron.

« Il est certain que les ennuis et les tracasseries que lui ont causés le règlement de cette affaire mal engagée, que les démarches inaccoutumées qu'il a dû faire à ce sujet lui ont procuré un véritable surmenage émotionnel qui doit entrer en ligne de compte parmi les causes principales de la genèse des troubles mentaux actuellement constatés. Mais sur le point de savoir s'il est possible d'établir un rapport direct de cause à effet entre le traumatisme du 6 mars et les troubles mentaux apparus le 15 novembre, je ne crois pas pouvoir répondre, considérant comme indispensables les éléments d'appréciation que pourrait fournir une enquête sur l'état mental du sujet, avant et immédiatement après l'accident. »

Pour Vigouroux, le médecin d'asile n'a aucun droit à constater le dommage produit ni à affirmer

la relation causale entre l'accident et la psychose. « Dans ses certificats, le médecin ne doit pas affirmer les rapports qui peuvent unir le traumatisme et les troubles mentaux; à plus forte raison doit-il s'abstenir d'affirmer ces rapports dans des certificats que lui demanderaient la famille et l'avoué du malade. »

Le médecin, en effet, n'est pas à même de se faire une opinion exacte sur le début et la marche des troubles pathologiques, d'ordres divers, qui ont succédé au traumatisme initial. Seul, l'expert nommé par le Président du tribunal, ayant à sa disposition le dossier de l'enquête, pourra se prononcer avec compétence; tandis que le chef de service ne peut puiser ses renseignements qu'auprès du malade ou de ses parents.

Vallon fit même remarquer en plus que dans ce cas le médecin qui viendrait à affirmer dans un certificat un rapport de cause à effet entre un accident et des troubles mentaux, s'exposerait même à être poursuivi pour faute dans l'exercice de sa profession.

Mais quand aucune action n'a été engagée, c'est l'administration de l'asile qui se substitue à l'aliéné. Le médecin expert, naturellement désigné, agit en expert et relate alors toutes les causes étiologiques de la psychose. C'est ce qui fut fait pour le malade de l'observation.

Nous donnerons encore, toujours à l'appui de la même idée, que les lenteurs de procédure influent considérablement sur l'évolution des psychoses traumatiques, une observation. Bien qu'il ne s'agisse

pas à proprement parler d'un accident du travail au sens de la loi de 1898, les conclusions en seraient vraisemblablement les mêmes, s'il s'agissait d'un employé d'une Compagnie de chemin de fer au lieu d'un simple voyageur de commerce.

MM. Taty et Chaumier l'ont résumée dans leur travail à cause de la constatation d'un signe objectif précieux dans des affections où des signes de cet ordre manquent absolument, ou sont assez rares pour qu'aucun d'eux ne soit quantité négligeable. Nous voulons parler de l'état des ongles et de la présence du sillon unguéal, caractéristique de troubles généraux, dont l'importance en médecine mentale a été signalée par M. le professeur Pierret, à maintes reprises, dans ses leçons et diverses communications, ultérieurement, par son élève Papillon dans sa thèse, et M. le Dr Jean Lépine, agrégé à la Faculté de médecine, dans une communication aux Sciences médicales de Lyon, en 1906.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le Dr Taty.

Accident de chemin de fer. — Fracture de côtes. — Accès anxieux : Mélancolie avec idées de suicide. — Transaction. — Guérison. — Etat particulier des ongles. — Apparition et évolution d'un sillon unguéal.

Lora, 30 ans, voyageur de commerce, célibataire.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis. Bonne santé habituelle. Service militaire accompli dans des con-

ditions normales. Jamais d'accidents ni de crises nerveuses. Caractère émotif.

Le sujet présente un strabisme divergent de l'œil droit, remontant à l'enfance. Il a un léger goître et une hernie inguinale gauche.

Etant en tournée d'affaires et voyageant en chemin de fer, le train dans lequel il était dérailla et fut tamponné. Il y eut une grave catastrophe. Lora, violemment projeté, eut la troisième côte gauche fracturée en avant et la septième côte du même côté fracturée en arrière. Il eut également plusieurs contusions, dont une notamment dans la région occipitale gauche, où se développa une forte bosse sanguine sans plaie. Très énergique, il ne s'évanouit pas, sortit des décombres et, malgré son état, fit très bonne contenance sur le moment. Il aida même, paraît-il, à tirer d'autres blessés du milieu des débris et fut pansé un des derniers.

Pendant les huit jours qui suivirent, il souffrit beaucoup dans l'épaule gauche et le sacrum. Il eut des hémoptysies, des maux de tête opiniâtres, localisés à l'occiput, à gauche, et des insomnies. Il prétend, du reste, au moment où il se présente à l'examen, c'est-à-dire deux mois après le traumatisme, n'avoir pas dormi deux heures depuis son accident. Cependant, couché, il souffrait moins.

Les accidents chirurgicaux guérirent dans le temps normal. Mais quand le bandage de corps eût été enlevé, les douleurs reparurent dans les points signalés, au niveau des fractures, dans l'épaule gauche, le côté gauche de la tête et le sacrum. En même temps, le souvenir de l'accident, qui s'était un peu affaibli, reparut vivace. Le malade revivait toute la scène de la catastrophe et avait des accès d'angoisse intense. Le bruit d'un train, d'une voiture, la pensée seule de faire un voyage provoquait l'accès d'angoisse.

L'état général devint très mauvais. Les accès d'angoisse s'accompagnant de vomissements alimentaires, le malade s'anémie et s'amaigrit.

Examiné deux mois après l'accident par un chirurgien, celui-ci constate qu'il n'existe plus de lésions chirurgicales. Les fractures

de côte sont consolidées. Il n'y a plus trace de contusion. Les symptômes observés sont du ressort de la médecine nerveuse.

A l'examen médical, on constate un état général médiocre ; anémie, amaigrissement.

Pas de lésions viscérales. Rien aux urines.

Réflexes normaux.

Aucun trouble de la marche ni de l'équilibre.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de dermatisme.

Ouïe normale, peut-être un peu diminuée à droite.

Le champ visuel de l'œil droit est diminué. Pas de scotome.

Acuité visuelle : un demi.

Le malade a constamment soit des évanouissements, soit des bouffées de chaleur, avec sueurs profuses, soit des vomissements. Ceux-ci se produisent spontanément, mais de préférence quand il fait un mouvement de l'épaule gauche, par exemple quand il enfle la manche de ses vêtements. L'épaule gauche est tombante et le deltoïde semble un peu atrophié.

L'insomnie est toujours très marquée. Il se produit une crise d'angoisse avec étouffement et contraction à la gorge et à la poitrine, quand le malade pense à son accident, quand il entend siffler un train, etc.

Il n'a pas l'aspect d'un simulateur. Il souhaite ardemment d'être guéri, et se déclare prêt à tout faire pour sortir de cet état. Mais il est très préoccupé au sujet du règlement de son indemnité, bien qu'on lui ait fait des promesses sérieuses. Il croit sa situation compromise, craint de ne plus pouvoir jamais voyager, de ne plus pouvoir reprendre ses affaires, de rester une non-valeur, etc.

Comme signe objectif, on constate l'apparition d'un *sillon unguéal* à un millimètre au-dessus de la lunule. Ce sillon est visible sur tous les ongles des deux mains. Interrogé, le malade répond qu'il s'est coupé les ongles pour la première fois depuis son accident, il y a quelques jours seulement.

La Compagnie de chemin de fer désirant voir guérir le malade l'autorise à faire une saison à Divonne. Il y reste deux bons mois et en revient assez amélioré.

Il a repris son poids normal de 64 kilos, par une reprise de

4 kil. 500. Il n'éprouve plus de douleurs, sauf à la fatigue. Cependant il ressent encore quelques douleurs dans les reins. Il n'y a plus de vomissements. Le sommeil est bien meilleur, mais toujours un peu troublé par quelques cauchemars rappelant l'accident. Le malade a fait de la bicyclette; la fatigue n'a été ressentie qu'après une course de 18 kilomètres.

Les ongles ont poussé assez régulièrement, mais lentement. Le sillon est à un demi-centimètre du bord libre. En trois mois, il n'a parcouru que la moitié de l'ongle.

Le malade est revu quatre mois après. Entre temps, il a fait une nouvelle saison à Divonne et était rentré chez lui en bon état. Mais depuis son retour, il a été repris de vomissements, qui se répétaient trois ou quatre fois par jour. Devant cette rechute, il a été désolé et a eu des accès de dépression avec sanglots. Il semble que cette nouvelle crise soit imputable aux difficultés persistantes que soulève la Compagnie au sujet du règlement de l'indemnité. On conseille en conséquence à la Compagnie d'en terminer par une offre ferme, et celle-ci s'étant produite et ayant été acceptée par le malade, les troubles précités et les crises angoissantes ne se reproduisent plus. Le malade, revu deux ans après l'accident, va bien, mais il est resté un peu plus émotif. Il a pris une occupation sédentaire et a cessé les voyages.

CHAPITRE V

La paralysie générale consécutive aux accidents du travail.

Il est une maladie mentale grave au dernier chef, tant par son issue fatale que par sa fréquence et ses conséquences dans le cas d'application de la loi de 1898, que nous ne saurions passer sous silence, bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une *psychose*. Ce mot qui, comme celui de névrose, devrait être réservé aux états morbides dont l'anatomie pathologique n'est pas encore parfaitement précisée et qui est probablement appelé à disparaître, il faut l'espérer, au moins dans ce sens, ne peut s'appliquer, nous semble-t-il, à la paralysie générale ou méningo-encéphalite diffuse progressive. Cependant, dans son livre, Thoinot l'y a rangé sous cette rubrique générale et nous nous autoriserons de son exemple.

Les anciens auteurs l'ont rattaché depuis longtemps au traumatisme. Bayle (1) disait déjà que « les violences extérieures exercées sur la tête peuvent disposer à la méningo-encéphalite ». Thore et Aubanel, en 1839, virent à Bicêtre trois paralytiques généraux dont l'affection avait été précédée de chutes

(1) Traité de la méningite chronique, 1826.

sur la tête. Lasèque (1) dans sa thèse d'agrégation a écrit : « Presque tous les auteurs admettent aujourd'hui les coups et les chutes sur la tête comme une cause possible de paralysie générale. » Legall-Lassalle (2) avait déjà placé ces traumatismes dans l'étiologie de la méningo-encéphalite chronique. Bail-larger (3) avait dit : « L'insolation, l'action du feu, les coups, les chutes sur la tête produisent aussi la paralysie générale. » Pour Calmeil : « Les individus qui ont reçu à une époque récente ou éloignée des blessures à la tête... y sont encore plus exposés que d'autres lorsqu'ils sont heurtés en avançant dans leur carrière par quelques secousses morales ou imprévues (4). » Delasiauve (5) admettait la même étiologie. Marcé (6) a mis en tête des causes physiques les coups et les chutes sur la tête. Meyer (7) raconte l'histoire d'un homme qui, ayant soulevé sur sa tête un poids considérable, devint mélancolique puis paralytique général. Decorce (8) dit que dans son internat à Charenton il a recueilli un certain nombre d'observations de paralytiques généraux dont l'origine remontait à des chutes ou à des coups sur la tête. Il cite quatre cas typiques. Pour Voisin (9) l'in-

(1) Thèse d'agrégation, 1853, p. 67.

(2) Thèse. Paris, 1846, in Ann. méd. psych., 1846, p. 299.

(3) Nouvelles considérations sur la p. g. Gaz. des Hôpit., 1846.

(4) Traité des maladies inflamm. du cerveau, 1859.

(5) Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 sept. 1861. In. Ann. méd. psychol., 1862.

(6) Traité des maladies mentales., 1862.

(7) Archiv. fur Psychiatr. und Newenkrankheiten, 1868, p. 79.

(8) Considérations sur la chirurgie des aliénés, th., Paris, 1871.

(9) Traité de la par. génér.

fluence du traumatisme sur le développement de cette maladie est hors de doute. Enfin Vallon (1) dans sa thèse a mis en tête de ses conclusions : « Les traumatismes du crâne, avec ou sans fracture des os et blessure du cerveau peuvent produire la paralysie générale en dehors même de toute prédisposition. »

A ce moment, les discussions consécutives à « la syphilis du cerveau » de Fournier attirent l'attention des aliénistes. Mais tout en tenant compte de ce facteur, on continue à admettre une relation intime entre les traumatismes et la paralysie générale. Azam (2), en 1881, signale un cas de cette affection après une chute de voiture. En 1888, Ball (3) publie une série d'observations personnelles et inédites de sujets prédisposés ou normaux dont la maladie eut pour point de départ un accident. La même année, Rouillard (4), après avoir admis une paralysie générale traumatique dit que « si le traumatisme est l'unique facteur, les symptômes apparaissent longtemps après l'accident ; s'il y a des facteurs multiples, le traumatisme accélère la marche ». Dubuisson (5) disait en 1890, au Congrès de Rouen : « Par ordre de fréquence, les causes de cette psychose sont : l'alcoolisme, le surmenage, la syphilis, le traumatisme. »

(1) Thèse, Paris, 1882.

(2) *Azam*. — Archives générales de méd., février, 1881.

(3) *L'Encéphale*, 1888.

(4) Symptômes spinaux de la p. g. *Gaz. des hôpitaux*, *Ibid*, 10 mars 1888, p. 262.

(5) Sur la fréquence de la p. g. Congrès de Rouen, 1890.

Roubinowitch (1), dans une séance de la Société médico-psychologique, en mars 1893, rappelait que Lioubinow, dans ses douze observations, avait associé sept fois le traumatisme crânien avec la syphilis pour produire la paralysie générale. Mairet et Vires (2), en 1897, au Congrès de Toulouse, en 1898, dans leur Traité sur cette affection, reconnaissent que sur un terrain préparé, le trauma et les excès y conduisent. Enfin, dans cette même année, Joffroy et Rabaud (3) donnent aux Archives de Neurologie l'observation d'un jeune homme de 15 ans subissant une déviation de la colonne en soulevant un lourd fardeau ; le délire des grandeurs éclate à 19 ans et il meurt en paralytique général.

Les mêmes idées ont cours à l'étranger : Ebecke (4) estime à 5 0/0 le rapport des traumatisés avec l'ensemble des paralytiques. Raphaël Roscioli (5) sur 125 sujets en compte 13 dont le traumatisme est l'agent causal de l'affection ; quatre étaient indemnes de toute tare familiale. Kaes (6) n'assigne qu'un rang inférieur aux accidents. Kovalewsky (7) écrit : « Dans

(1) Compte rendu de la Soc. méd. psych., 27 mars 1893.

(2) Congrès de Toulouse, 6 août 1897. Traité de la p. g., 1898.

(3) Sur un cas de p. g. juvénile avec lésions tabétiques des cordons postérieurs. Arch. de Neur., 1898.

(4) Contribut. à l'étude de la p. g. progressive (Allg. Zeitschr. sur Psychiät., XLVIII, 6).

(5) La paralisis progressiva nell'Italia meridionale, analysée par Nicouveau in Ann. Med. psych., 1894, p. 314.

(6) Kaes. — Contribution à l'étiolog. de la p. g. (Allg. Zeitsch. f., Psychiät., XLIX. — 5).

(7) Etude sur la pathog. de la p. g. — Bulletin de la Société de méd. ment. de Belgique, 1894, n° 74.

le traumatisme on peut admettre une auto-intoxication qui s'ajoute à l'intoxication d'origine externe quand le malade est syphilitique, alcoolique, etc. Le trauma modifie la résistance du cerveau et favorise l'action nocive de l'alcool, du virus syphilitique, etc. Gudden (1), qui avait suivi pendant treize ans (1880-1893) les entrées des aliénés à la Charité de Berlin, pensait que l'hérédité, la syphilis et le traumatisme se prêtent un mutuel concours. Alzheimer (2) présentait trente-quatre sujets. Neuf étaient des traumatisés. Worcester (3) avait observé trois jeunes femmes, dont l'une avait subi un traumatisme dans la région occipitale. En 1900, le Dr A. Lui (4) décrivit un cas qui ne pouvait reconnaître d'autre cause qu'un violent traumatisme de la région frontale. En 1904, la Société méd. psych. vit Wahl (5) lui présenter un gendarme frappé de paralysie générale, consécutive à une chute de cheval avec traumatisme crânien. A cette occasion, Joffroy établit que le traumatisme peut être un lien étiologique entre la paralysie générale et la syphilis ; Pactet signala que dans ses certificats il faisait connaître l'opinion des nombreux auteurs qui acceptent cette étiologie. Christian dit que pour les militaires de son service, le traumatisme

(1) Contribution à l'étude de la p. g., en tenant compte du traumatisme. (Arch. f. psychiât., XXXVI — 2.)

(2) La p. g. à début précoce. (Allg. Zeitsch f. psychiât, LII, fas. 3).

(3) The american Journal of Insanity, 1900, LVII, p. 127-136.

(4) Bolletino del manicomio provinciale di Ferrara, 1900, f. 3.

(5) Ann. méd. psych. 1904, vol. 20, p. 265.

entraîné toujours en ligne de compte notable comme élément étiologique de paralysie générale.

Aussi, partageant l'opinion dominante, Thoinot, que nous avons encore à citer ici, a-t-il pu dire : « S'il est certain que, dans beaucoup de cas anciens, une notion étiologique à laquelle on attache aujourd'hui la plus grande importance — la syphilis — n'a pas été suffisamment recherchée dans les antécédents des sujets traumatisés, il semble pourtant difficile, même avec cette critique, d'éliminer radicalement le traumatisme, comme facteur possible de la paralysie générale, ainsi que le veulent certains auteurs qui ne voient dans le traumatisme qu'une cause occasionnelle favorisant l'explosion de la maladie chez un sujet prédisposé, soit par la syphilis soit par toute autre cause...

« Le traumatisme nous paraît un facteur légitime de paralysie générale, si petite que puisse être la part que lui accordent certains auteurs, et l'explication anatomique de son action n'est ni obscure, ni invraisemblable. Le cerveau est frappé, blessé et ses enveloppes deviennent le siège d'une inflammation chronique (méningo-encéphalite), substratum anatomique de la paralysie générale.

« Puisque le traumatisme exerce toujours une influence néfaste sur un processus pathologique existant déjà dans un organe, on comprendra sans peine que le traumatisme puisse accélérer la marche d'une paralysie générale existante. »

Depuis la publication de l'ouvrage de Thoinot, la question est revenue en discussion au Congrès des

médecins aliénistes et neurologistes de Lille, à la suite d'une importante communication de Brissaud, qui affirmait qu'il n'avait jamais vu un seul cas authentique de paralysie générale vraie, évolutive, progressive et fatalement mortelle, survenant après le traumatisme chez des sujets non syphilitiques. MM. Briand, Raymond, Ballet, Giraud (de St-Yon), Pailhas, partagèrent l'opinion de Brissaud. MM. Vallon et Christian firent quelques réserves et M. Régis déclara que si, scientifiquement, on ne pouvait pas, et lui moins que tout autre, admettre une paralysie générale exclusivement traumatique, à ce point de vue scientifique même, il n'est pas du tout prouvé que le traumatisme crânien, agissant par les troubles de nutrition qu'il provoque, ne puisse déterminer ou tout au moins favoriser le développement d'une méningo-encéphalite diffuse, et il faut rester sur une prudente réserve, formulée du reste dans son *Traité de psychiâtrie*. Et il ajoutait :

« Au point de vue médico-légal, au contraire, on peut admettre, même en présence d'un antécédent syphilitique, qu'un traumatisme a pu influencer sur la paralysie générale consécutive en en devenant, pour ainsi dire, la cause déterminante.

« Les chances de relation de cause à effet sont au maximum lorsque la paralysie générale n'est apparue ni trop tôt ni trop tard après l'accident, entre un an et trois ans surtout et lorsque, entre le traumatisme et la paralysie générale, se sont interposés des malaises généraux, des symptômes post-

traumatiques, les reliant pour ainsi dire l'un à l'autre.

« Si la paralysie générale survient trop tôt c'est que très probablement elle existait auparavant, si elle survient très tardivement tout lien de causalité échappe. »

Ce n'est pas à nous à prendre parti dans une question de cette importance. Nous nous bornerons à présenter l'observation suivante qui nous semble intéressante à citer au point de vue des rapports du traumatisme avec la paralysie générale. Les troubles paralytiques se sont montrés immédiatement après l'accident, l'anamnèse a prouvé qu'ils existaient déjà auparavant, et nous donnons ce fait comme venant à l'appui de la théorie qui admet que le traumatisme est souvent simplement révélateur d'une paralysie générale préexistante.

OBSERVATION X

Communiquée par M. le Dr Taty.

Accident de chemin de fer : Tamponnement, contusion crânienne suite de chute. — Symptômes de paralysie générale évidents le lendemain de l'accident. — Syphilis antérieure. — Troubles du langage préexistant au traumatisme. — Demi-salaire pendant toute la durée de la maladie.

X..., 39 ans, voiturier-livreur au chemin de fer.

Pas de détails sur les antécédents héréditaires. Le père et la mère sont morts.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Pas d'excès

alcooliques notables. Syphilis à 20 ans. Trace probable de chancre sur le bord de la couronne du gland, à gauche et en avant.

A fait son service dans l'artillerie, sans incidents. Pendant une période de treize jours, la dernière, a eu un accident, qui lui a laissé une cicatrice sur le devant du tibia gauche. Pas de détails sur cet accident.

A été garçon boucher, puis homme d'équipe au chemin de fer, et, en dernier lieu, camionneur-livreur. A toujours fait son travail à la satisfaction de ses employeurs, mais avait le caractère un peu emporté et il était têtue. Dans son dernier service, assez délicat, on n'a jamais constaté ni irrégularités, ni erreurs de comptes, et on n'a fait contre lui aucune réclamation ni plainte.

Il est marié depuis douze ans et n'a pas d'enfants.

Sa femme n'a, jusqu'à l'accident, rien remarqué d'étrange dans ses allures, ni d'anormal dans ses propos. Cependant, depuis deux ou trois mois, il aurait eu des troubles légers de la parole (breddouillement transitoire) et du tremblement de la main droite.

Le 3 avril 1906, cet homme passait sur la voie. A ce moment, un wagon en manœuvre arrivait sur lui, par suite d'une rupture de chaîne, le tamponnait et le jetait sur la voie.

Il fut relevé sans connaissance et transporté chez lui, où il resta dans un demi-coma pendant un jour. Le médecin ne fut appelé que le lendemain et constata une contusion violente de la région temporale gauche avec ecchymose superficielle et des excoriations légères à l'avant-bras droit. Le coma était dissipé et le médecin fut frappé dès ce moment de l'intensité des troubles de la parole, qui avaient le caractère de ceux qu'on rencontre dans la paralysie générale.

Les jours suivants, il y eut de l'agitation nocturne assez accusée pour nécessiter l'emploi du chloral, puis le calme revint ; mais en même temps se développèrent progressivement et rapidement des troubles moteurs, sensitifs et intellectuels qui précéderent le diagnostic déjà porté de paralysie générale.

La Compagnie d'assurances, désireuse d'être fixée sur l'état du malade, demanda un rapport officiel, qui fut rédigé par un

médecin des hôpitaux et un médecin aliéniste, le 22 juin, deux mois et demi après l'accident.

Voici, d'après ce rapport, l'état du malade au moment de l'examen :

« Le malade est de taille moyenne et paraît avoir été de bonne constitution.

« Il présente actuellement des troubles graves à grouper sous les chefs suivants :

« 1^o *Troubles moteurs*. — La station debout est possible, mais le malade ne se tient bien que les pieds écartés. Les pieds étant réunis et les yeux fermés, l'équilibre est très difficilement conservé et une poussée très légère suffirait à provoquer la chute. Le malade dit, d'ailleurs, qu'il a des vertiges fréquents et qu'il tombe. Une cicatrice avec croûte sur la face antéro-externe de la jambe droite serait, paraît-il, due à une chute récente.

« La marche est possible (le malade a pu se rendre à pied chez l'un des experts, pour l'examen actuel), mais hésitante. Quand on commande au malade de se retourner, il effectue le mouvement avec difficulté, menace de tomber, mais reprend seul son équilibre.

« La force musculaire est médiocre.

« Du côté du langage, les troubles moteurs sont très accusés. Le malade hésite, bredouille, articule mal, parle lentement. La lecture à haute voix devient très vite absolument incompréhensible. La langue est animée d'un tremblement en masse ; le malade peut à peine la tenir tirée hors de la bouche ; il peut siffler.

« Les lèvres et les paupières présentent un léger tremblement fibrillaire. Les mains tremblent beaucoup, la droite surtout.

« Il existe une inégalité pupillaire très marquée. La pupille droite est plus dilatée que la gauche. Celle-ci est déformée : le cercle pupillaire est légèrement ovale en haut et en dedans.

« 2^o *Troubles sensitifs*. — La sensibilité générale est très obtuse. Des réponses assez peu précises du malade, on peut conclure, cependant, que les troubles de sensibilité prédominent dans toute la moitié gauche du corps. Les piqûres fortes y sont à peine

perçues comme contacts, tandis qu'elles sont perçues à droite. Le malade ne semble pas distinguer le chaud du froid.

« La vue et l'ouïe paraissent normales. Les réflexes pupillaires à la lumière et à la convergence sont conservés.

« Le réflexe rotulien ne peut être obtenu ; les muscles ne peuvent être mis en relâchement, quel que soit le procédé employé et la position essayée. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde des membres inférieurs.

« 3^o *Troubles trophiques*. — A la face antéro-interne de la jambe droite existe une cicatrice avec croûte, attribuée par le malade à une chute récente.

« A la jambe gauche, autre cicatrice plus ancienne, qui serait la trace d'un accident survenu au service militaire, pendant la dernière période de treize jours.

« Pas d'escharres.

« 4^o *Troubles viscéraux*. — Rien de particulier à signaler. Il n'y a pas de paralysie des sphincters. Nous ne pouvons obtenir d'urine ni au début, ni à la fin de l'examen. Le malade est, d'ailleurs, propre, et ne s'est, jusqu'à présent, sali ni la nuit, ni le jour.

« 5^o *Troubles intellectuels*. — Le malade se prête avec une grande bonne volonté à l'examen. Il comprend les questions, mais y répond avec peine et lenteur. Les petites opérations intellectuelles, telles qu'un calcul simple sont, par contre, absolument impossibles.

« Ce qui prédomine, ce sont les troubles de la mémoire. Le malade sait qu'il a eu un accident, mais il ne peut venir à bout de raconter ce qui lui est arrivé. De son existence, il se rappelle seulement les grands faits, tels que son service militaire, la durée de son mariage, mais il ne peut donner son adresse, ni le nom de son patron, ni raconter exactement ses occupations antérieures, et surtout il ne peut préciser aucune date, ni celle du jour actuel, ni celle de l'année courante, ni celle de sa naissance ou de son mariage.

« Il n'y a ni excitation, ni dépression proprement dite ; pas de délire hypochondriaque ; le malade dit seulement qu'il « traîne un peu depuis quelque temps » ; pas de délire des grandeurs, mais

appréciation inexacte de la force musculaire : il peut, dit-il, soulever à bras tendus, 50 kilos de la main droite, et 60 kilos de la main gauche. »

De l'ensemble des symptômes énumérés, de la coexistence des troubles physiques et intellectuels caractéristiques, notamment des troubles moteurs et des signes d'affaiblissement intellectuel, les experts concluent à l'existence, chez cet homme, d'une méningo-encéphalite diffuse ou paralysie générale, à forme déméntielle et dont l'évolution paraît devoir être rapidement progressive.

Cet état est-il la conséquence du traumatisme du 3 avril ?

« Del'ensemble des faits sus-énoncés, de la constatation de l'existence de quelques troubles du langage antérieurs à l'accident, mais aussi de la possibilité d'un travail régulier jusqu'au jour de l'accident, les experts déduisent qu'il y a incontestablement, depuis le traumatisme, aggravation manifeste de l'état du malade. Les signes de p. g. sont évidents depuis cette époque, et l'incapacité de travail est devenue totale. Mais si, dans l'état actuel de la science, quelques auteurs admettent la paralysie générale d'origine traumatique, la plupart sont d'avis qu'il ne faut l'admettre que lorsqu'elle se montre depuis longtemps, plusieurs mois au moins après l'accident, quand les signes s'en manifestent lentement et vont en s'accroissant et non pas quand les signes se révèlent avec intensité dans les deux mois et *a fortiori* dans les jours mêmes qui suivent l'accident, comme cela a été le cas ici.

« Il est donc très probable que la maladie existait chez X..., antérieurement au traumatisme, à la phase prodromique, tout au moins. Il semble même, s'il faut s'en rapporter à la constatation, par l'entourage, des troubles de la parole et du tremblement des mains, que la période d'état commençait. Le choc, qui a frappé le côté gauche du crâne, est venu donner une forte impulsion à la maladie, et a pu développer notamment les troubles du langage et les troubles déméntiels.

« Il faut donc conclure chez X..., à l'existence probable d'une paralysie générale (méningo-encéphalite diffuse progressive) la-

tente, encore au début de 1906, et que le traumatisme du 3 avril est venu mettre en relief et dont il a accéléré l'évolution. »

Conformément aux conclusions de ce rapport, la Compagnie d'assurances a accordé au malade, sans soulever aucune difficulté, le demi-salaire. Le malade a pu être soigné chez lui.

Depuis cette époque, la maladie a suivi une marche lentement, mais régulièrement progressive.

En décembre 1906, attaque apoplectiforme. Pendant huit jours, le malade est resté paralysé et gâteux.

Revu en mai 1907 : L'aphasie est presque complète. Il peut dire son nom en bredouillant.

Les réflexes sont abolis.

L'inégalité pupillaire persiste. La pupille droite est toujours plus dilatée que la gauche.

Tremblement des doigts, très marqué. Pas de tremblement de la langue.

Le malade peut encore faire quelques pas, mais il verse à gauche.

Au dire de sa femme, il ne dormirait ni jour ni nuit.

Il est assez calme, sauf quelques accès d'excitation et d'irritation.

Il avait maigri, mais a un peu rengraissé.

En juin, un peu plus d'excitation et de colères.

En août, nouvelle attaque.

Depuis ce moment, état stationnaire. Déchéance lentement progressive.

CHAPITRE VI

Etat de la jurisprudence dans les cas de psychoses consécutives aux accidents du travail. — L'alcoolisme et l'épilepsie antérieurs : leur influence sur les décisions judiciaires.

Dans deux de nos observations, nous avons reproduit les jugements et arrêts intervenus. Il ne serait peut-être pas inutile de voir comment la notion du rapport entre le traumatisme et les affections psychiques s'est établie dans l'esprit des juges et de jeter un coup d'œil sur les décisions qu'ils ont prises à ce sujet.

Malheureusement, s'il y a eu des discussions dans les sociétés savantes, si quelques articles de revues ont traité incidemment ce point particulier, il n'y a pas de travail, en dehors des pages que Thoinot y a consacrées et auquel nous empruntons la plupart de nos renseignements, qui puisse nous diriger. Plusieurs œuvres d'ensemble ont été annoncées; nous ne croyons pas qu'elles aient paru.

D'ailleurs les cas sont rares. Au tribunal civil de première instance de la Seine, M. Duchaffour, juge chargé en 1901 des conciliations en matières d'accidents du travail, après avoir noté les accords passés

devant lui, n'a publié dans ses tableaux que les cas suivants. (1)

PROFESSION	TROUBLES CONSTATÉS	RÉDUCTION DE VALEUR PROFES- SIONNELLE	RENTE ALLOUÉE	CAPITAL de RACHAT
1 ^o Maçon.....	Lésion cérébrale entraînant amnésie partielle.....	% 44 ½	300 fr.	—
2 ^o Mécanicien..	Légère amnésie après commotion cérébrale	—	—	—
3 ^o Serrurier....	Céphalalgie après fracture du maxillaire inférieur.....	9 %	100 fr.	1.910 fr.
4 ^o Peintre.....	Troubles nerveux après traumatisme..	75 %	800 fr	—

Il s'était pourtant présenté devant lui plus de 900 ouvriers victimes d'accidents au cours de leur travail. Encore toutes les conciliations ne sont pas mentionnées. « J'ai laissé, dit-il, de côté les rentes constituées aux ayants-droit d'ouvriers décédés et les sommes allouées à titre de transaction dans les cas où la loi de 1898 n'eût rien accordé. »

Nous venons de voir que le juge Duchauffour a publié ses cas personnels en une sorte de table d'évaluation. Ces tables d'évaluation des infirmités permanentes sont admises depuis longtemps dans certains corps d'industrie allemands, auprès des

(1) Duchauffour, juge au tribunal civil de la Seine. Evaluation des infirmités permanentes d'après des conciliations intervenues au tribunal Ann. d'hygiène publique, 1902, vol. 2, p. 315.

tribunaux suisses, de l'office impérial autrichien, de l'office impérial allemand, et dans un grand nombre de Compagnies d'assurances françaises. Ainsi Golebiewski (1), dans « les accidents du travail en Allemagne », après avoir distingué l'incapacité totale de travail de l'incapacité partielle et l'incapacité passagère de celle qui est définitive, donne des tables d'indemnité qui évaluent les lésions du crâne de la façon suivante :

— Traumatisme céphalique grave avec commotion cérébrale : 50 à 100 0/0 du salaire.

— S'il y a incapacité complète de travail : 100 0/0.

— Epilepsie consécutive : 50 à 100 0/0 .

— Traumatismes moins graves laissant après eux des maux de tête et des vertiges de temps en temps : 30 à 35 0/0.

En France il n'existe aucune table officielle. Voici un extrait de celles proposées par Desouches (2) en 1902, où on trouve mention des psychoses.

(1) Golebiewski, traduit par Paul Riche, Ann. d'hygiène publique, 1902, vol. 1, p. 97 et 103.

(2) Desouches, avoué près le tribunal civil de la Seine, Ann. d'hygiène publique, 1902, vol. 2, p. 229.

Crâne.

BLESSURES	FIXATION de LA RENTE ANNUELLE	TAUX du RACHAT	CAPITAL RACHETÉ	TAUX % DU SALAIRE ANNUEL — RENTE non rachetable
Lésions du crâne sans troubles mentaux.....	30 fr.	10 %	300 fr.	5 %
Lésions du crâne avec maux de tête.....	100 fr.	10 %	1000 fr.	15 %
Fracture des os avec attaques épileptiques.....	100 fr.	30 %	3000 fr.	35 %
Troubles graves de l'intelligence n'empêchant pas le travail...	100 fr.	25 %	2500 fr.	25 %
Maux de tête chroniques, étourdissements, vomissements, faiblesse générale.....	100 fr.	30 %	3000 fr.	40 %
Apoplexie cérébrale, consomption, aliénation mentale.....	»	»	»	2/3 du salaire
Incapacité de remuer la tête d'une façon normale.....	40 fr.	10 %	400 fr.	10 %
Fracture des os du crâne avec paralysie :				
Du bras ou de la jambe.....	100 fr.	70 %	7000 fr.	50 %
De deux membres.....	100 fr.	80 %	8000 fr.	60 %
De plus de deux membres.....	»	»	»	2/3 du salaire

Assurément l'établissement officiel de tables semblables libérerait les juges du souci de fixer un des points les plus délicats de la procédure sur les accidents : l'évaluation du dommage causé. Le Parlement français a discuté la question « Dron (1) à la Chambre, reprenant l'opinion de Floquet et Jules

(1) Officiel du 6 juin 1893, p. 1607.

Roche, au Sénat, Blavier (1) soutenaient l'utilité de tableaux où seraient prévus un certain nombre de cas; Dron déclarait penser qu'il n'arriverait pas une fois sur vingt qu'une blessure entraînant des conséquences différentes de celles qui pourraient être établies pour la moyenne et concluait qu'avec une base certaine « l'ouvrier blessé, au lieu de recevoir du tribunal une somme variable suivant les cas, recevra une somme forfaitaire suivant la catégorie dans laquelle il aura été classé..... les procès seront évités. » (2)

« Mais, continue Brouardel, depuis que la loi est mise en exécution, la nécessité d'une base fixe d'appréciation est affirmée par tous; par les magistrats chargés d'appliquer la loi, par les parties en présence, ouvriers et Compagnies d'assurances et enfin par les médecins désignés pour expertiser les différents cas.

« En effet, devant les tribunaux différents des individus de même profession, blessés de façon analogue, ayant la même infirmité permanente se voient allouer les sommes les plus diverses et les années qui viennent de s'écouler semblent justifier la prédiction qui fut faite au Parlement que « si l'on ne règlementait pas la diminution de validité dans les divers accidents, on aurait la perspective de procès sans nombre. » Les deux assemblées législatives, sur les

(1) Séance du 12 février 1890.

(2) Brouardel, dans l'introduction des tableaux présentés par Des-souches.

Ann. d'hygiène publ., 1902, vol. 2, p. 229.

conseils des sénateurs Bardoux et Tolain, du député Maruéjols, repoussèrent cette théorie et ont laissé aux juges le soin de déterminer le degré de la perte de validité des blessés. Mais bien que les parties intéressées aient adopté les tables officieuses qui ont été publiées depuis quelques années, il est peut-être bon que le Parlement n'ait pas admis l'existence des tables officielles. Il a laissé ainsi au juge une plus grande liberté d'appréciation. Comme l'a dit le docteur Constant : (1) « Le projet de loi cherche surtout à établir s'il y a ou non relation entre la maladie et l'accident. Ce sera toujours une question d'espèce, car la seule règle générale est celle-ci : les complications, conséquences directes de l'accident entraînent naturellement la responsabilité de l'auteur, sauf atténuation en cas d'état maladif antérieur au traumatisme. Cette règle guide tous les jours les magistrats.

En lisant les tables de Golebiewski et de Desouches, on voit que ces auteurs rangeraient les psychoses dans la catégorie des suites d'accidents qui entraînent la plus large indemnité. Les tribunaux ont en général jugé dans ce même esprit les cas qui se sont présentés devant eux. Mais dans les jugements que nous avons rencontrés dans les publications contemporaines, il est des troubles que les juges paraissent négliger surtout parce qu'ils paraissent bénins et passagers. Les troubles de la mémoire paraissent

(1) Société de méd. légale de France, In Annales d'hyg. publ., 1898, p. 357.

peu graves et n'entraînent pas toujours l'octroi d'une indemnité. Telle l'amnésie du mécanicien dont Duchauffour repoussa la demande. Pourtant, nous croyons fermement qu'elle diminue la capacité du travail. Hormis ce point, les tribunaux ont accepté avec une grande largeur de vue le principe du traumatisme facteur de troubles nerveux et l'ont appliqué dans le cas de nos obs. V et VI pour les psychoses. Ils ont en cela suivi les règles de conduite déjà adoptées dans l'armée.

Quelques points particuliers sont intéressants à signaler parmi les décisions judiciaires.

L'alcoolisme ne diminue généralement pas les indemnités accordées. La crise de *delirium tremens* chez les blessés alcooliques est fréquente, peut-être provoquée par des accidents légers. Elle peut en être la seule suite grave, celle qui frappera l'individu irrémédiablement et le rendra incapable de tout travail ultérieur. Elle peut amener la mort : l'individu ou ses ayants-droit seront toujours indemnisés.

Voici un jugement du tribunal d'Orléans du 8 décembre 1900, produit par Paul Reille (1).

JUGEMENT

Traumatisme. — Troubles cérébraux consécutifs, aggravés par l'alcoolisme antérieur. — Responsabilité patronale.

Le Tribunal, attendu qu'A. G..., charretier, au service de L..., a fait une chute sur la tête, alors qu'il descendait des sacs vides

(1) L'alcoolisme et la loi sur les accidents du travail. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1902, vol. 2, p. 537.

d'un grenier, èt est mort dix jours après, à la suite de troubles cérébraux, qui se sont produits ;

Que le Dr H..., médecin de la Compagnie à laquelle est assuré L..., après avoir constaté que, dès le lendemain du transport de G... à son domicile, des symptômes graves d'alcoolisme s'étaient manifestés chez lui, affirme : que l'accident du 16 mars a été la cause occasionnelle faisant éclore des désordres qui seraient restés encore peut-être latents un certain temps, et que la mort est due à des lésions de l'alcoolisme, soudainement réveillées par cet accident ;

Que L..., s'emparant des termes de ce certificat, soutient que G... a succombé, non pas aux suites de sa chute, mais aux conséquences de ses habitudes d'intempérance, et que sa veuve n'a, dès lors, droit à aucune pension ;

Attendu tout d'abord qu'il convient de remarquer que les habitudes d'intempérance de G... ne sont révélées que par le certificat du Dr H..., lequel semble contredit par des attestations nombreuses, d'après lesquelles G... n'avait nullement la réputation de se livrer à l'ivrognerie ; que le patron, par cela même qu'il embauche un ouvrier, se constitue son assureur contre tous les risques de sa profession, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'état de sa santé. Qu'en admettant que G... fût alcoolique, L... le conservant pendant vingt-cinq ans comme charretier, a suffisamment démontré qu'il attachait peu d'importance à cet état ;

Par ces motifs, condamne L... à payer à la veuve G..., une rente annuelle et viagère de 200 francs.

Sur appel, la Cour d'Orléans a rendu un arrêt confirmatif :

Attendu que G... a fait une chute sur la tête et est mort dix jours après, à la suite des désordres cérébraux qui se sont produits ...

Attendu qu'on ne saurait considérer comme inexcusable, fût-elle prouvée, ce qui n'est pas le cas, la faute de l'ouvrier qui, par un usage quelque peu immodéré du vin et autres boissons contenant de l'alcool, avait insensiblement, sans s'en douter lui-même, et à l'insu de tous, contracté à la longue le germe latent d'une

maladie susceptible d'aggraver les conséquences d'une chute accidentelle,

Par ces motifs, confirme...

Paul Reille y ajoute les considérations suivantes : « Ce qui semble avoir frappé les magistrats dans ce cas, c'est que l'ouvrier n'avait pas la réputation de se livrer à l'ivrognerie, il ne se grisait pas ; mais il est bien démontré qu'il n'est nullement nécessaire de tituber ou de rouler sous la table pour devenir alcoolique. Cependant, contrairement à ce qui est dit dans les considérants de l'arrêt de la Cour d'Orléans, il semble que l'ouvrier qui s'alcoolise, bien qu'il ne se doute pas des lésions graves que l'alcool produit dans son organisme, a une certaine responsabilité, mitigée si l'on veut, mais réelle, concernant l'aggravation du traumatisme subi. »

Ainsi P. Reille, tout en reconnaissant la responsabilité de l'ouvrier alcoolique, constate que la Cour n'en tient pas compte. Cette conduite est expliquée par l'attendu que « le patron, par cela même qu'il embauche un ouvrier, se constitue son assureur contre tous les risques de sa profession, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'état de sa santé », et par celui-ci « en admettant que G... fût alcoolique, L... le conservant pendant vingt-cinq ans comme charretier, a suffisamment démontré qu'il attachait peu d'importance à cet état. »

Dans ce jugement, on paraît mettre en doute l'éthylisme du blessé, qui pourrait paraître ainsi bénéficier du doute. L'arrêt suivant sera plus probant, car les habitudes alcooliques sont franchement constatées :

RECUEIL DES DOCUMENTS SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. —
MINISTÈRE DU COMMERCE. — MALADIES PROFESSIONNELLES.
— RAPPORTS AU COMITÉ CONSULTATIF DES ASSURANCES POUR
LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Cour d'appel de Paris. — 7 novembre 1902.

L. CONTRE P. ET A.

*Traumatisme. — Alcoolisme antérieur. — Troubles mentaux
consécutifs. — Responsabilité patronale.*

Attendu que les blessures constatées immédiatement après l'accident se sont guéries dans un délai limité, mais ont été suivies de neurasthénie et de troubles mentaux et sensitifs ; que ces troubles proviennent d'une double cause : d'une part d'habitudes éthyliques de L., d'autre part l'accident ; que sans celui-ci, dans les conditions ordinaires de travail de L., ses habitudes éthyliques seraient probablement demeurées sans résultat, au moins immédiat ; que l'accident, l'ébranlement physique et moral qu'il a occasionné, l'inaction auquel il a condamné L., ont été la cause des manifestations de l'intoxication éthylique, qui ont abouti aux troubles mentaux et sensitifs d'une gravité telle qu'ils mettent la vie de L. en danger et le placent en état d'incapacité permanente et absolue de travail, l'indemnité (paragraphe 1^{er} de la loi du 9 avril 1898) ne peut être totalement refusée à L., dès lors qu'il est constant que l'accident est tout au moins pour partie la cause de l'incapacité... qu'elle ne peut lui être accordée pour partie seulement, n'étant pas susceptible de fractionnement... il s'ensuit qu'elle doit être allouée pour le tout...

Maussire rapporte le jugement suivant :

Un individu, blessé dans une usine, d'une manière peu grave en apparence, meurt en trois jours, et le certificat d'un médecin indique comme cause de la mort, une crise de delirium tremens.

Quelle était la cause de la mort ? Le traumatisme ou l'état alcoolique de la victime ?

Le tribunal de Saint-Quentin, dans un jugement confirmé par la cour d'Amiens (26 juin 1900), admit la responsabilité patronale, parce qu'« il importe peu que les lésions, conséquences d'un accident de travail, aient été aggravées par des maladies ou des infirmités préexistantes » et parce que « la nouvelle loi édictée en faveur des ouvriers doit être interprétée, non dans un sens restrictif, mais avec une largeur de vues qui réponde à son esprit. »

Ainsi, l'éthylisme n'apporte aucune modification à la question de la responsabilité patronale quand, à la suite d'un accident, il se produit des troubles délirants, dus à son action. Mais la prédisposition n'est pas le seul élément qui soit mis de côté. Paul Reille a montré (1) que « la mort du fait d'une maladie infectieuse intercurrente, contractée au cours d'un accident du travail, peut être considérée comme une conséquence de cet accident ». Mais il y a mieux : « Même lorsque la cause de l'accident provient d'une maladie avérée qui mine l'ouvrier, le patron qui ignore cette maladie et auquel l'ouvrier aura garde d'en parler, est rendu responsable. Dans un cas, un ouvrier tomba dans l'atelier et fut tué; bien que sa chute ait eu pour cause une crise d'épilepsie, le patron fut rendu responsable; il y eut, toutefois, une diminution dans le taux de l'indemnité.

Dans des cas semblables, les cours d'Orléans et de Dijon ont pensé qu'il ne devait pas être tenu compte

(1) Semaine Médicale, 1905, p. 395.

de l'état épileptique de l'ouvrier et qu'il avait droit à l'indemnité totale (1).

Ce fut la règle de conduite adoptée par le tribunal de Saint-Etienne, dans le cas suivant :

RECUEIL DES DOCUMENTS SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. —
MINISTÈRE DU COMMERCE. — MALADIES PROFESSIONNELLES. —
RAPPORT AU COMITÉ CONSULTATIF DES ASSURANCES.

Tribunal civil de Saint-Etienne. — 16 mars 1903.

R. CONTRE COMPAGNIE DE LA C.

*Accident professionnel. — Cas fortuit. — Crise épileptique. —
Chute sur des scories incandescentes. — Responsabilité patronale.*

Attendu qu'il est établi que l'accident dont R. a été victime s'est produit dans les circonstances suivantes : au cours de son travail, il venait de charger des scories incandescentes sur une brouette, lorsqu'il fut atteint d'une crise d'épilepsie subite, qui le renversa inanimé et insensible sur la brouette ardente ; ses camarades accoururent et le relevèrent, mais il avait déjà des blessures graves, résultant de chutes nombreuses... il faut donc reconnaître qu'il a été brûlé à l'occasion de son travail et au cours de son travail... le principe de l'indemnité est déjà constant et reconnu par le tribunal...

Alloue à R. une provision de 200 francs

Il est probable que l'existence de troubles mentaux antérieurs n'atténuerait pas la responsabilité du patron si, à la suite d'un traumatisme ultérieur,

(1 Brouardel. — Etat de santé antérieur. — Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, 1906, vol. I, p. 11.

une psychose apparaissait à nouveau. On peut se demander si, poussée jusqu'à ce point, l'extension de la loi n'en arrive pas à porter préjudice à l'ouvrier. L'employeur, frappé lourdement dans des accidents légers, pour des causes qu'il a négligées, portera peu à peu son attention sur l'état de santé de l'ouvrier, et tendra de plus en plus à n'employer que les sujets les plus sains, exempts de tares héréditaires ou acquises. Le prédisposé, le taré, capable encore d'une certaine production, se trouveront condamnés à l'inaction, à la misère, et tomberont à la charge de la société, si une mort prématurée ne vient pas les délivrer des privations et des souffrances. C'est ce que nous disait, du reste, le directeur d'une Compagnie d'assurances : « Si les tribunaux ne tiennent aucun compte de l'état de santé antérieur de l'ouvrier, si l'alcoolisme et l'épilepsie n'atténuent pas la responsabilité patronale, en face de troubles ou de complications qui n'auraient pas eu lieu sans leur existence, nous nous verrons forcés, dans nos contrats d'assurances, de stipuler l'obligation patronale de n'employer aucun individu porteur de ces tares. Le patron, non couvert par la Compagnie d'assurances, sachant que les accidents arrivent surtout à ces tarés, ne voudra plus les employer, ou, au premier symptôme qui lui décèlera leur lésion, les renverra sans hésiter et sans tarder. C'est condamner ces malheureux à la misère. »

Parlant, par contre, de la coexistence possible de troubles psychiques avec un accident du travail, il nous disait aussi que « lorsqu'un accidenté du travail

révèle, par des plaintes injustifiées, par des conceptions bizarres, par des troubles intellectuels, qu'il va verser dans une psychose, les Compagnies s'empres- sent de proposer une transaction qui termine rapi- dement l'affaire. Souvent le résultat est heureux et ramène rapidement à la raison un individu que la longueur du procès aurait fait verser dans l'aliéna- tion mentale. »

Nous avons vu, par nos observations VII, VIII et IX, que les Compagnies d'assurances tendent à en- trer dans cette voie. On ne saurait trop les y encou- rager. Les tribunaux semblent y arriver eux-mêmes, Cependant nous avons vu dans l'observation V que le tribunal n'a pas suivi l'expert, qui jugeait la valeur de l'ouvrier diminuée par une première atteinte psy- chique. Il semble par contre que, si une rechute se produisait, le tribunal admettrait, entre cette rechute et le premier traumatisme, un lien profitable à l'ou- vrier, puisqu'il déclare que si l'éventualité prévue par l'expert se réalisait, la voie de la revision reste- rait ouverte à l'ouvrier.

CONCLUSIONS

De l'ensemble des travaux antérieurs dont nous avons pu prendre connaissance, et des observations que nous y avons ajoutées dans cette étude, il résulte nettement, nous semble-t-il, que le traumatisme est un facteur important dans la genèse des troubles mentaux.

Si l'on peut se refuser à admettre qu'un traumatisme quelconque soit capable à lui seul de créer une maladie mentale, il est légitime de reconnaître, au moins aux traumatismes crâniens, une influence de cet ordre. En tous cas, les faits démontrent qu'à la suite d'un traumatisme même portant sur une autre région que le crâne, sous l'influence des inquiétudes morales et des conditions d'hygiène résultant du milieu ou de la misère, il se développe des troubles mentaux de forme et d'intensité diverses, en dehors même d'une prédisposition héréditaire accusée aux troubles nerveux ou mentaux.

En matière d'accidents du travail, ce phénomène est indéniable et nos observations sont concluantes à cet égard. Mais ici, aux inquiétudes morales ordinaires s'ajoute un élément presque nouveau : nous

voulons parler des lenteurs de procédure qui, en différant trop longtemps le règlement des indemnités dues à l'ouvrier en vertu du principe de la responsabilité patronale, augmentent ces inquiétudes dans une forte mesure. Il s'établit alors une psychasténie spéciale, plus ou moins compliquée de phénomènes hystériques (hystéro-traumatisme, hystéro-neurasthénie, hystéro-psychasthénie traumatiques), qui évolue en troubles mentaux, du type dépressif en général, mélancolie anxieuse (Obs. V), délire de persécution (Obs. VI), mélancolie suicide (Obs. VII), pouvant aller, comme dans le premier cas, jusqu'à nécessiter l'internement dans un asile d'aliénés.

Les experts pourront donc très légitimement, dans les cas de psychoses apparues postérieurement à un accident du travail, rechercher si, entre le trouble mental et l'accident, il existe un rapport appréciable de cause à effet; si ce rapport leur apparaît, ils devront en faire bénéficier les victimes de l'accident.

Nous avons vu que les tribunaux suivent assez volontiers les experts quand les conclusions de ces derniers sont formelles, et admettent même l'incapacité totale pour la période morbide. Il leur resterait à se pénétrer de cette idée, que leurs décisions définitives peuvent avoir une influence considérable sur l'évolution des troubles mentaux. Nous avons expliqué le paradoxe apparent de la guérison d'un état psychique grave (Obs. V), en dehors de toute décision judiciaire, par ce fait que le malade avait été placé sans trop de retard dans les conditions les

plus favorables au traitement des psychoses en général, l'isolement en milieu approprié.

Par contre, dans la seule décision de ce genre que nous ayons pu relever, le tribunal s'est refusé à admettre le principe qu'une maladie mentale crée une diminution de la valeur du sujet, en établissant une prédisposition aux rechutes postérieures. Au point de vue légal, il n'y a rien à redire à cette décision, mais nous avons noté soigneusement le fait par le tribunal, d'avoir indiqué spontanément en cas de rechute, la ressource de la revision, ce qui prouve que si cette éventualité se produisait, les juges comprendraient qu'on discutât l'influence que peut avoir sur le trouble mental ultérieur la première atteinte, et par suite le traumatisme originel.

Nous avons vu aussi que les Compagnies d'assurances, si intéressées en l'espèce à suivre la meilleure voie, tendent de plus en plus à en terminer rapidement, lorsque des troubles mentaux se manifestent. Elles adoptent volontiers le procédé de l'expertise officieuse, suivent les conseils de l'expert et s'en trouvent bien. On ne peut que les encourager dans cette voie.

Chemin faisant, nous avons noté, avec les auteurs de l'observation chez un malade atteint d'hystéro-traumatisme (obs. IX) l'existence d'un sillon unguéal et l'évolution anormale de ce sillon au cours de la maladie ; signe objectif intéressant, dont l'importance en médecine mentale a été signalée par le professeur Pierret et son école, et dont la constatation dans un

cas de psychose liée à un accident du travail pourrait fournir à l'expert un argument de valeur sérieuse.

Enfin, touchant la question de la paralysie générale traumatique, si importante et si discutée, nous avons pu présenter une observation d'accident du travail ayant été suivi immédiatement de paralysie générale à forme dementielle (obs. X); l'anamnèse et des signes objectifs ont montré que le malade, ancien syphilitique, avait présenté avant son accident quelques troubles inquiétants, même pour son entourage. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion qui admet, avec beaucoup de vraisemblance, qu'un traumatisme, même crânien, ne peut guère engendrer à lui seul une paralysie générale, que dans les cas qui semblent témoigner en sens inverse, la paralysie générale était préexistante et latente et que le traumatisme n'agit que comme agent révélateur, ou tout au plus comme élément aggravant. De cette opinion scientifique, il ne s'ensuit pas que toute indemnité doive être refusée au malade. En fait, on doit admettre que, sans le traumatisme, la maladie serait restée encore latente et que le traumatisme est, par suite, facteur suffisant de l'incapacité. Dans l'espèce, la Compagnie d'assurances a admis cette manière de voir.

Nous résumerons brièvement ces constatations dans les conclusions suivantes.

1^o) A la suite d'un accident du travail on admet à peu près unanimement que, consécutivement au traumatisme, et surtout sous l'influence des inquiétudes morales, des lenteurs de la procédure, de la misère, il peut se produire, et il se produit en effet,

des troubles mentaux graves allant jusqu'à nécessiter l'internement ;

2°) Dans nos observations, conformément à ces données acquises actuellement, on note l'apparition de troubles mentaux qui revêtent les types de mélancolie anxieuse, de délire de persécution et de mélancolie suicide, troubles qui sont nettement dus aux conséquences physiques et morales d'un traumatisme antérieur ;

3°) On peut donc admettre, au point de vue scientifique, le rapport de cause à effet, entre un traumatisme et une psychose ultérieure. Si, dans un cas particulier, ce rapport apparaissait en fait, il serait légitime d'en faire bénéficier la victime de l'accident ;

4°) Dans l'état actuel de la jurisprudence ; quand le rapport de cause à effet est établi, les tribunaux admettent, en général, l'incapacité totale pendant la durée des troubles psychiques. Par contre, ils n'admettent pas qu'il y ait diminution de valeur pour l'avenir quand le malade a été *déclaré guéri* d'une première maladie mentale ;

5°) Les Compagnies d'assurances et les patrons ont, en général, intérêt à régler rapidement les litiges quand apparaissent des troubles nerveux, bien qu'un trouble psychique puisse guérir avant toute décision judiciaire ;

6°) L'examen des ongles, la constatation d'un sillon unguéal fournit un signe objectif d'une valeur sérieuse dans les cas de troubles nerveux ou mentaux liés aux accidents ;

7°) Le cas de paralysie générale post-traumatique que nous donnons dans l'obs. X vient à l'appui de l'opinion qui n'accorde au traumatisme qu'un rôle révélateur, ou tout au plus aggravant, dans l'évolution de la paralysie générale.

Le Président de la Thèse,
COLLET.

VU :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 31 octobre 1907.
Le Recteur. Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — La question des psychoses traumatiques avant la loi de 1898 sur les accidents du travail.	9
CHAPITRE II. — Les travaux postérieurs à la promulgation de la loi	18
CHAPITRE III. — Trois observations de psychoses consécutives à des accidents du travail. — Rapports et jugements.....	29
CHAPITRE IV. — Quelques considérations sur l'hystéro-psychasthénie consécutive aux accidents du travail. — Influence des lenteurs de procédure sur la genèse des troubles mentaux. — Observations. — L'état des ongles et le sillon unguéal.....	49
CHAPITRE V. — La paralysie générale consécutive aux accidents du travail.....	61
CHAPITRE VI. — Etat de la jurisprudence dans les cas de psychoses consécutives aux accidents du travail. — L'alcoolisme et l'épilepsie antérieurs : leur influence sur les décisions judiciaires	74
CONCLUSIONS.....	88

